



2019

PLAN DE SALUD COMUNAL OSORNO




DEPARTAMENTO DE SALUD - I. MUNICIPALIDAD DE OSORNO







Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Osorno
Aprobado por Concejo Municipal en Sesión Ordinaria N°

PREPARADO POR	REVISADO Y APROBADO	RESPONSABLE
 Cristina Aedo Carrasco Subjefa Depto. de Salud	Ximena Acuña Mansilla Jefe Departamento de Salud	Sr. Jaime Bertín Valenzuela Alcalde I. Municipalidad Osorno
 Ximena Sunnah Ríos Profesional Depto. de Salud		
 Bernardita Arteaga Castro Encargada RRHH Depto. de Salud		



PRESENTACION

Las entidades administradoras de salud municipal, cada año deben entregar a la comunidad y autoridades un Plan de Salud Comunal que entrega las orientaciones generales que suponen el cuidado de la salud de nuestra población inscrita en los diferentes establecimientos de Salud Pública de la comuna, ello en concordancia con las políticas de Salud que establece en Ministerio de Salud.



En este Plan de Salud, se reflejan los lineamientos generales de salud de la comuna, la programación de actividades anuales, la situación epidemiológica actual y futura de nuestra población, las necesidades de la población las cuales se plasmaron en el Encuentro Comunal, dotación de recursos humanos, metas y objetivos a cumplir por los integrantes del equipo de salud de la comuna, proyectos de inversión, y presupuesto para el año.

Dentro de los antecedentes en este documento, es posible apreciar la situación epidemiológica actual y futura de nuestra población, las necesidades de la población las cuales se plasmaron en el Encuentro Comunal.

Al mismo tiempo, este documento, permite conocer las características de la población beneficiaria, la infraestructura disponible para dar cumplimiento a la demanda asistencial, la estructura organizacional del Departamento de Salud, el recurso humano existente, las políticas de desarrollo y perfeccionamiento, las vías de financiamiento y la evaluación de las acciones de salud en general, como también el cumplimiento de los indicadores establecidos en las Metas Sanitarias e Índices de Actividad fijados por el Ministerio de Salud y que tienen gran impacto en el estado de salud de la población.

Por último, este Plan de Salud Comunal pretende articular a los actores que de una u otra forma pueden generar la fuerza necesaria para conseguir cambios positivos en la población, valorando y fomentando factores protectores de la salud, generando cambios en las conductas de riesgo presentes en la ciudadanía, con el involucramiento de nuestra organización en las transformaciones que sean necesarias para conseguir una mejor calidad de vida de nuestra población.



CONTENIDOS

Antecedentes generales

Marco General	12
Modelo de Salud Familiar	13
Visión, Misión, Valores Institucionales	14
Estructura organizacional	17
Estructura Directiva Departamento de Salud	18
Estructura Directiva Centros de Salud	19

SECCION II

Diagnostico situación de salud comunal

Descripción físico-territorial de la comuna	22
Descripción biodemografica	24
Población	24
Natalidad	26
Índice Desarrollo Humano - IDH	27
Etnias	28
Ruralidad	28
Pobreza	29
Economía	29
Educación	30
Vivienda	30
Organizaciones Sociales	31
Condiciones del entorno	31
Calidad del aire	31
	35

Indicadores Básicos de Salud

Mortalidad - Índice de Swaroop	35
Años de Vida potencialmente perdidos - AVPP	36
	41

Situación de salud por ciclo de vida

Indicadores de salud materna y reproductiva	41
Indicadores de salud Infantil	44
Indicadores de salud dolescentes	48
Condiciones de Riesgo para la Salud Adolescente	49
Indicadores de salud Adulto	53
Condiciones de Riesgo para la Salud del Adulto	57
Indicadores de salud Adulto mayor	60
Atenciones Transversales	65
Enfermedades de Notificación Obligatoria	67

SECCION III
Situación de Atención Primaria de Salud Osorno

Red de Salud Osorno	70
Cartera de servicios	72
Modelo de Salud familiar y Comunitario	76
Centros de Atención Primaria comunal	79
Unidades del Departamento de Salud	89
Programas Departamento de Salud	100
Diagnostico local y Plan Participativo 2018	110

SECCION IV
Metas Sanitarias, Índices de Actividad en Atención primaria y Metas de Gestión

Metas Sanitarias Atención Primaria	128
Índices Actividad Atención Primaria -IAAPS	130
Metas Gestión 2018	136

SECCION V
Presupuesto e Infraestructura

Presupuesto 2018	140
Programas Reforzamiento	143
Capacitación	146
Infraestructura e Iniciativas Extraordinarias	150





- ANTECEDENTES
GENERALES

SECCION I





MARCO GENERAL

Para la elaboración del Plan de Salud Comunal se han considerado diferentes insumos para otorgarle consistencia y pertinencia al instrumento. Se consideran los lineamientos nacionales, las particularidades de la población local y nuestro sistema de salud municipal.

Junto a lo anterior, también se debe considerar en la formulación de actividades y estrategias, la normativa legal que rige la actividad sanitaria.

Actualmente, Osorno refleja una diversidad cultural que la identifica entre las ciudades del sur de Chile, producto de la participación de una serie de actores en la construcción de su identidad; desde las culturas originarias que poblaron estas tierras del chauracahuin, como denominaron los mapuche huilliches a la zona en que fundó nuestra ciudad, a los que sumaron cientos de colonos chilotes durante la repoblación, sentando las bases para la construcción de la sociedad osornina en la que se mezclan positivamente familias venidas de Europa a partir de la segunda mitad del siglo XIX (Alemania, España, Francia), de Medio Oriente (Sirios, Libaneses y Palestinos) a contar de las primeras décadas del siglo XX, e innumerables connacionales que se han sumado a la acelerada transformación urbana que ha experimentado Osorno en las últimas décadas



OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2011-2020

1.- Mejorar la salud de la población

2.- Disminuir las desigualdades en salud

3.- Aumentar la satisfacción de la población

4.- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

MARCO LEGAL

• Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión

• Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional

• Ley 19.966 de Régimen de Garantías Explícitas en Salud

• Ley 19.888 de Financiamiento del gasto fiscal representado por el Plan AUGE

• Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los usuarios en su atención de salud

• Ley 19.378 Estatuto Atención Primaria de Salud

• Ley 19.813 de Asignación Desempeño Colectivo

MODELO DE SALUD INTEGRAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria es el modelo definido para ejecutar las prestaciones otorgadas a la población.

Este modelo es el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigidas al usuario, en el contexto de su vida familiar y de su entorno comunitario y considera a las personas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Los principios irrenunciables en que se basa este modelo son:



NUESTRA VISION - MISION - VALORES INSTITUCIONALES

El Plan de Salud Comunal es el instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna de Osorno. Además, está regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, según señala la Ley 19.378.

El plan de Salud se lideró desde la Jefatura del Departamento de Salud de Osorno, la cual convocó a un equipo de trabajo, conformado por la Dirección de todos los Establecimientos y unidades de apoyo. Este equipo recopiló la información necesaria para caracterizar la población y los principales indicadores de salud, nutriéndose además de los datos emanados desde el Servicio de Salud Osorno.

El análisis de brechas se realizó en instancias de capacitación con la participación de diferentes profesionales de CESFAM y equipos transversales, con la colaboración de todos los Directivos. Además, se consideró la participación de los usuarios, representados por los Consejos de Desarrollo Local (CODELO).

El Plan de Salud recoge los elementos fundamentales del Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario impulsando intervenciones desde un enfoque territorial, centrado en las personas, con reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortaleciendo la atención primaria, y la participación social con alianzas entre el municipio, equipos de salud, la sociedad civil y otros actores comunales resaltando el binomio salud – desarrollo local .

El Plan incorpora acciones contempladas en las Garantías Explícitas en Salud y que son responsabilidad de la Atención Primaria, mantiene y fortalece los éxitos en materia de acceso a prestaciones de salud y resultados sanitarios logrados; busca innovar en el combate a los problemas de salud derivados de los estilos de vida y conductas de nuestra población además de concebir las acciones sanitarias desde un enfoque anticipatorio al daño y a las esperables consecuencias de los cambios demográficos y epidemiológicos en nuestra población. El análisis de la situación demográfica y epidemiológica que presenta la comuna, su probable evolución en el corto y mediano plazo, junto con la expresión de las necesidades ciudadanas a través de los procesos participativos, ha permitido la definición de los objetivos sanitarios prioritarios a alcanzar para la población beneficiaria de nuestra red local de salud. Las acciones en estos ámbitos están siendo implementadas y se continuarán en 2018.

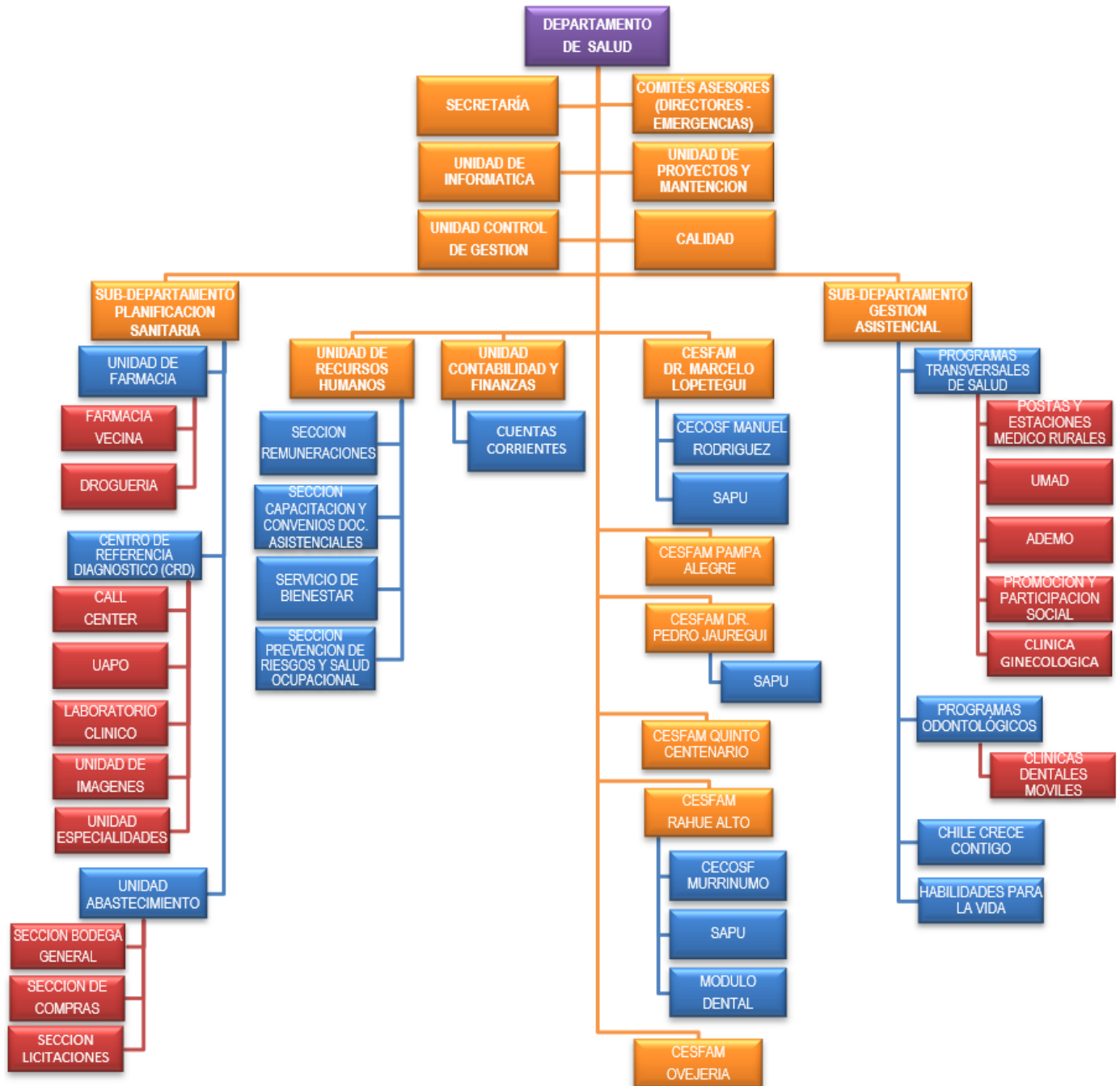


El Plan de Salud exhibe los resultados alcanzados y los desafíos a enfrentar en todos los ámbitos del cuidado a lo largo de la vida de nuestra población y las acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación realizadas durante 2018, con especial énfasis en acreditar los Centros de Salud, la Programación Anual de Actividades y en Plan Comunal de Promoción y Participación Social 2018





ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



ESTRUCTURA DIRECTIVA DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud de Osorno depende de la Municipalidad de Osorno y se encuentra ubicado en Avda. Mackenna N°851 en nuestra ciudad y la máxima autoridad es el Jefe de Departamento, cargo que provee actualmente la **Dra. Ximena Acuña Mansilla** y conforman la estructura Directiva las siguientes Unidades



SUB-DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN SANITARIA

Sra. Cristina Aedo Carrasco – Profesional Matrona



SUB-DEPARTAMENTO GESTIÓN ASISTENCIAL

Sra. Ximena Sunnah Ríos - Profesional kinesióloga



UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Sra. Bernardita Arteaga Castro – Ingeniero en Administración de Empresas



UNIDAD DE CONTABILIDAD Y FINANZAS

Sr. Claudio Etcheverry Soto – Contador General



UNIDAD DE PROYECTOS Y MANTENCIÓN

Sr. Miguel Carvajal Arias – Constructor Civil



UNIDAD DE PROYECTOS Y MANTENCIÓN

Dra. Marlys Barrientos Barria



UNIDAD DE INFORMÁTICA

Sr. José Luis García Treutler – Ingeniero en Computación



SECCIÓN DE CAPACITACIÓN

Sra. Carolina Donoso Neumann – Ingeniero Comercial



SECCIÓN DE ABASTECIMIENTO

Sra. Jacqueline Aldea Jaramillo – Administrador Público



SECCIÓN DE REMUNERACIONES

Sr. Cesar Pacheco Velásquez – Contador General

ESTRUCTURA DIRECTIVA CENTROS DE SALUD

Cada Centro de Salud cuenta con un Director de establecimiento, quien tiene como principal objetivo dirigir el equipo multiprofesional, organizar, supervisar y controlar la ejecución de los diferentes planes y programas de salud, considerando normativas legales vigentes, lineamientos estratégicos emanados desde el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Osorno e indicaciones técnicas del Servicio de Salud de Osorno y Ministerio de Salud, con el propósito de otorgar un servicio integral, oportuno y de calidad para su población usuaria objetivo.



CESFAM DR. MARCELO LOPETEGUI

Srta. Gladys Zúñiga Bachman - Nutricionista



CESFAM RAHUE ALTO

Sr. Juan Carlos Castillo Vejar - Enfermero



CESFAM QUINTO CENTENARIO

Sr. Alex Muñoz Patiño - Enfermero



CESFAM PAMPA ALEGRE

Sra. Paola Lobos Villanueva - Psicóloga



CESFAM DR. PEDRO JÁUREGUI

Sr. Héctor Alarcón Alarcón - Asistente Social



CESFAM OVEJERÍA

Sra. Kathia Ruiz Galvez- Médico



CENTRO DE REFERENCIA Y DIAGNÓSTICO

Dr. Gustavo Pérez Nylund - Médico



CECOSF MANUEL RODRÍGUEZ

Dra. Lorena Pérez Reimann - Médico



CECOSF MURRINUMO

Dr. Camilo Martínez Rodríguez - Médico



- **DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD COMUNAL**

SECCION II



DESCRIPCION FISICO Y TERRITORIAL DE LA COMUNA DE OSORNO

La **Provincia de Osorno** se ubica en el extremo norte de la **X Región de Los Lagos**, tiene una superficie de 9223,7 km², y posee una población de 221 509 habitantes.

La comuna de Osorno es la segunda más grande de la Región de Los Lagos, después de la capital regional Puerto Montt.

En la actualidad, Osorno, se levanta como puerta de entrada a la Región de Los Lagos de Chile, **caracterizado por un verde** lleno de vida.

CARACTERIZACION DE LA COMUNA

1. Reseña histórica

Los primeros habitantes de la ciudad de Osorno fueron los Huilliches -hombres del sur-, hoy radicados en el sector de la costa, en reducciones indígenas, conservando aún costumbres.

Osorno fue fundada inicialmente en 1558 por García Hurtado de Mendoza, Gobernador de Chile. El sitio que ocupó la localidad se ubicó al oriente de la confluencia de los ríos Rahue y Damas fue dividido en manzanas. Para esa fecha ya estaba constituido el cabildo y actuaban formalmente las primeras autoridades de la ciudad.

En sus primeros 46 años de vida Osorno tomó un ritmo de crecimiento notable en comparación a otras ciudades en Chile. Pero tras el alzamiento indígena -de 1598-, varias ciudades del sur fueron destruidas. La última que sufrió los embates indígenas fue Osorno, la cual resistió durante cuatro años. En enero de 1604 se dio inicio a la despoblación de la ciudad y el desplazamiento de sus habitantes hacia la Isla Grande de Chiloé.

Tras 192 años el capitán Tomás de Figueroa nuevamente tomara posesión de las ruinas de la ciudad a nombre de la Colonia Española. Luego un 13 de enero de 1796 se dictó el decreto de repoblación por mandato del gobernador Ambrosio O'Higgins. La idea original de O'Higgins fue convertir los territorios en una fuente agrícola que permitiera abastecer a las ciudades aledañas.

Uno de los hitos más importantes de la historia de Osorno ocurrió un 8 de septiembre de 1793. Se llevó a cabo un importante acuerdo entre españoles y mapuches (junta de caciques de Futahuillimapu). Uno de los principales acuerdos fue la entrega por parte de los mapuches de las tierras donde se asentó antiguamente la ciudad de Osorno, como símbolo de este tratado se enterraron una lanza y un fusil.

En 1846 llegaron a Osorno y sus alrededores las primeras familias de colonizadores alemanes, que lograron convertir la selva impenetrable en tierras agrícolas y ganaderas, lo que dio origen a un gran desarrollo de la industria y la modernización de la ciudad. Entre 1910 y 1920 llegaron las primeras familias árabes a radicarse a Osorno, contribuyendo al desarrollo comercial.

En el año 1974 con la nueva regionalización administrativa se devolvió a Osorno la categoría de Gobernación, dependiente de la Intendencia de Puerto Montt.

2. Aspectos Territoriales

2.1. Clima

Predomina el clima oceánico, con una alta pluviosidad en los meses de invierno, dando paso a una primavera donde predomina la gran cantidad de vegetación. La temperatura media anual es de 11 °C con una media en verano de 15,2 °C, si bien puede llegar a 33 °C, y de 7 °C en invierno, pudiendo bajar a -7 °C. La ciudad también ha tenido sufrir temperaturas extremas que han llegado a los 38 °C en verano y en invierno a los - 15 °C.

Las precipitaciones alcanzan los 1331 mm anuales.

2.2. Ubicación

La comuna de Osorno se encuentra ubicada a 110 Km. De Puerto Montt, capital de la Décima Región de los Lagos, a una distancia de 95 Kilómetros del paso fronterizo Cardenal Samoré, a 110 Km. de la capital de la Región de Los Ríos, Valdivia y a 940 km de la ciudad de Santiago.

2.3. Accesibilidad

Par acceder se cuenta con 2 vías de acceso:

- Vía aérea: Aeródromo Cañal Bajo Carlos Hott Siebert
- Vía terrestre: Carretera 5 Sur

2.4. Superficie

La superficie de la comuna es de 951.3 km², representando el 10,3% de la Provincia de Osorno (9.236 km²) y el 2,0% de la Región de Los Lagos (48.584 Km²).

Esta ciudad goza de una ubicación privilegiada, al estar situada justo al centro de una provincia que destaca por su belleza natural, y donde en tan sólo una hora es posible acceder a una de las cadenas montañosas más grandes del mundo, la Cordillera de Los Andes con el inigualable Volcán Osorno y sus majestuosos lagos un área silvestre y única, con cualidades que la ubican como una de las 23 zonas en el mundo protegidas y declaradas por la UNESCO como Reserva de la Biósfera, y a la misma distancia, es posible disfrutar de aire puro del Océano Pacífico, en un área costera donde se puede acceder a balnearios y caletas, rodeados de un impresionante bosque nativo y de reservas silvestres creadas en la zona por los habitantes originarios de la etnia Huilliche.

Osorno se presenta además como una zona productiva de excelencia, abriéndose al mundo con mayor fuerza al ser un territorio líder en oferta cárnica y lechera. Es por todos conocido el ya tradicional festival de la leche y la carne, destacado a nivel nacional.

En la actualidad, su estructura económica y de servicios ha ido diversificándose, toda vez que en los últimos años van en alza las exportaciones de berries, bulbos de tulipanes y peonías, lo que se suma a los ya tradicionales cortes cárnicos, quesos gouda y leche en polvo, que son parte de la consolidación de negocios nacionales que compiten de igual a igual a nivel mundial.

En cuanto a la producción lechera, la región de Los Lagos aporta 1.200 millones de litros, equivalente al 50% del total nacional



Por otro lado, es vitrina mundial el descubrimiento de un Yacimiento Fosilífero ubicado en plena ciudad, un sitio paleontológico donde se hallaron restos de animales con data de hace 14 mil años nos demuestran como Gonfoterios, Caballos Americanos y Osos Gigantes, entre otras especies de la fauna prehistórica, recorrían libremente las llanuras de esta parte del continente americano.

La naturaleza ha cuidado sus huellas por varios miles de años para que hombres y mujeres de esta tierra tenga conocimiento de quienes fueron quizás los primeros habitantes de este hermoso Osorno, ubicada en el paralelo 40 al sur del mundo.



DESCRIPCION BIODEMOGRAFICA

De acuerdo a las proyecciones de población INE para el año 2019, Osorno tiene 158.234 habitantes, lo que representa el 18.3% de la población proyectada para la región de Los Lagos y 0,8% de la población proyectada en el país. Habitan en la comuna de Osorno 2.5% más mujeres que hombres.

POBLACION TOTAL PROYECTADA INE DE LA COMUNA AÑO 2019: 158.234 HBTES



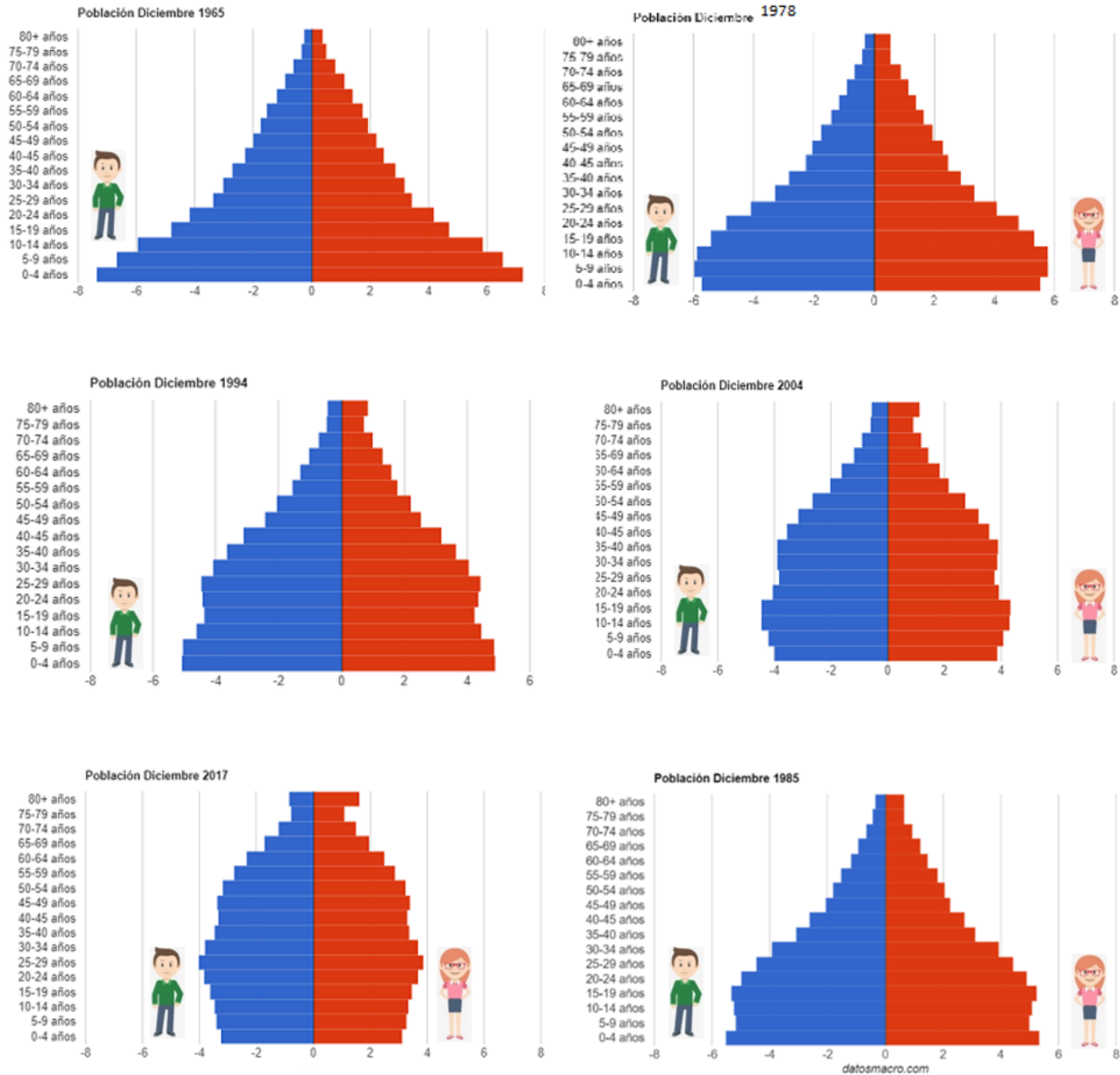
PROYECCIÓN DE POBLACIÓN 2013-2020, SEGÚN SEXO Y AÑO

Proyección INE de población 2013-2020, según Sexo ,Pais,Región,Provincia y Comuna

Comuna	Sexo	Años						
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Chile	Total	17.819.054	18.006.407	18.191.884	18.373.917	18.552.218	18.726.548	18.896.684
	Hombres	8.819.725	8.911.940	9.003.254	9.092.950	9.180.864	9.266.854	9.350.786
	Mujeres	8.999.329	9.094.467	9.188.630	9.280.967	9.371.354	9.459.694	9.545.898
Región de los Lagos	Total	834.714	841.123	847.495	853.663	859.611	865.332	870.815
	Hombres	420.088	423.107	426.109	429.011	431.804	434.484	437.045
	Mujeres	414.626	418.016	421.386	424.652	427.807	430.848	433.770
Provincia de Osorno	Total	231.638	231.362	231.051	230.675	230.247	229.716	229.134
	Hombres	115.448	115.322	115.195	115.035	114.860	114.639	114.400
	Mujeres	116.190	116.040	115.856	115.640	115.387	115.077	114.734
OSORNO	Total	157.389	157.630	157.855	158.027	158.162	158.234	158.259
	Hombres	76.640	76.779	76.914	77.035	77.146	77.232	77.300
	Mujeres	80.749	80.851	80.941	80.992	81.016	81.002	80.959

Fuente: INE - Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020.

La estructura etárea de la población para el año 2019, tiende a concentrarse en el grupo comprendido entre los 20 y 55 años, estableciéndose una pirámide de población que ha dejado de corresponder a la de una comuna joven (pirámide expansiva) como era en 1990, para pasar a ser una pirámide en transición hacia un país adulto (pirámide estable) que refleja claramente el proceso de envejecimiento que ha experimentado la población en nuestra comuna.



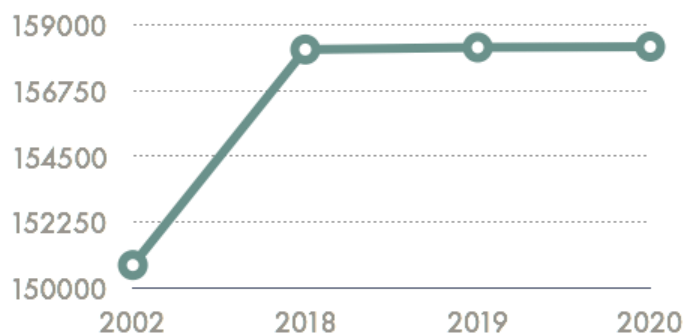
ALGUNOS INDICADORES DE LA COMUNA DE OSORNO

	2002	2018	2019	2020
Total	150.781	158.162	158.234	158.259
Hombres	73.701	77.146	77.232	77.300
Mujeres	77.080	81.016	81.002	80.959
Total	150.781	158.162	158.234	158.259
Menores de 15	38.938	30.929	30.675	30.395
15-59	95.182	101.225	100.684	100.077
60 años o más	16.661	26.008	26.875	27.787
Porcentajes				
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Hombres	48,88	48,78	48,81	48,84
Mujeres	51,12	51,22	51,19	51,16
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Menores de 15	25,82	19,56	19,39	19,21
15-59	63,13	64,00	63,63	63,24
60 años o más	11,05	16,44	16,98	17,56
Indicadores				
IM (por 100 mujeres)	95,62	95,22	95,35	95,48
IAM (por 100 menores de 15 años)	42,79	84,09	87,61	91,42
IDD (por 100 personas PA)	58,41	56,25	57,16	58,14

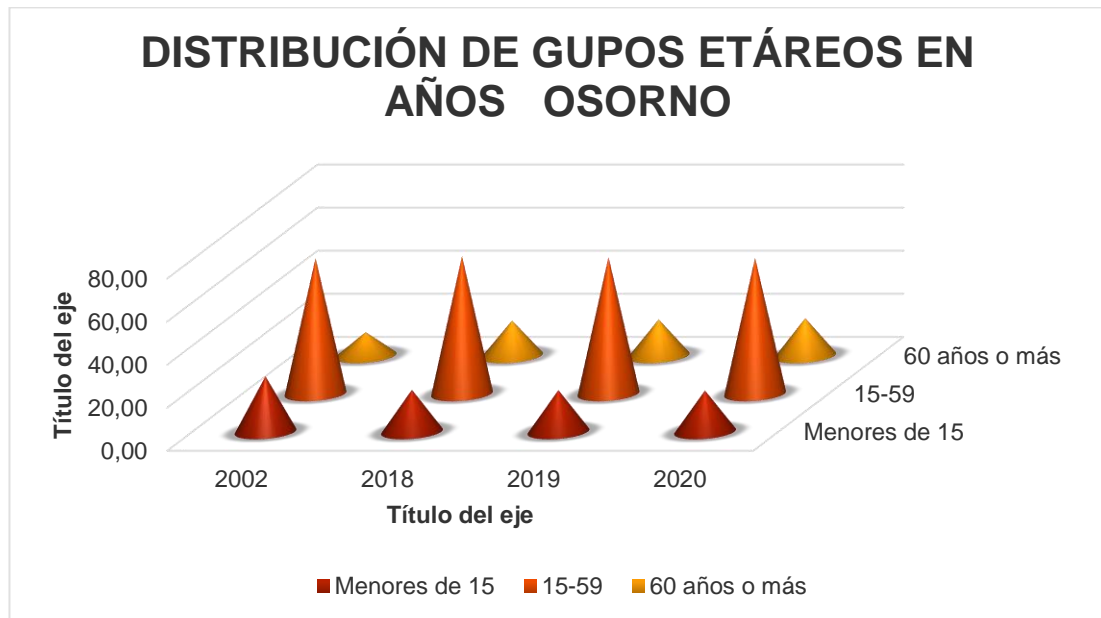
Crecimiento Poblacional

La Tasa de Crecimiento Poblacional es el promedio porcentual anual del cambio en el número de habitantes, como resultado de un superávit (o déficit) de nacimientos y muertes, y el balance de los migrantes que entran y salen de un país. La variación esperada para la comuna **es de un aumento poblacional de un 4.8%**

Crecimiento Poblacional comuna Osorno periodo 2002-2020



Fuente: Poblacionales INE



Fuente:ine.cl

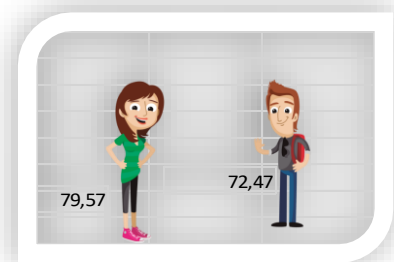
ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La salud ha ido mejorando y la expectativa de vida ha ido creciendo, cambio que es característico de las sociedades desarrolladas, en que la población es cada vez más longeva. La **Esperanza de Vida al Nacer** (EVN), es una *estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes.*

Influyen en este indicador, las condiciones sanitarias, saneamiento básico, hábitos saludables, entre otros. A inicios del siglo XX la EVN en nuestro país no superaba los 27 años en promedio para el hombre y la mujer. Actualmente, La tendencia nacional es que las mujeres viven más años que los hombres, condición que también se replica en la comuna y en la región. Los valores nacionales corresponden a 76,26 años para los hombres y 81,42 años para las mujeres. (DEIS.CL)

SEGÚN ESTIMACIONES 2014

- Los habitantes de Osorno tienen una EVN de 72.47 años para los hombres y 79.57 años para las mujeres.
- Las mujeres Osorninas viven 7.1 años más que los hombres.



A nivel país, la EVN en 2006 era de 77,9 años (75,1 hombres y 80,8 mujeres) y en 2014 de 78,9 años (76,4 hombres y 81,6 mujeres). Es decir, a consecuencia del descenso de la mortalidad del país entre 2006 y 2014, aumentó el número de años de vida que la población femenina y masculina viviría en promedio.

Debido a que el descenso de la mortalidad continuaría, la esperanza de vida al nacer tendería a aumentar. Al año 2020, a nivel país un hombre podría vivir 77,4 años promedio y una mujer recién nacida viviría 82,8 años en promedio (INE, 2015: 7-8).

De este modo, dado que se ha verificado el efecto de la estructura de población sobre la tasa bruta de mortalidad, **la esperanza de vida al nacimiento (EVN) se considera y utiliza como indicador del nivel de mortalidad.**

ESTADISTICAS VITALES:

NACIMIENTOS Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 1960-2016

En 2016 hubo un total de 231.749 nacimientos en Chile, cifra que corresponde, en promedio, a 635 nacimientos diarios y que marca una baja de 5,6% en relación con 2015.

Entre 1990 y 2005, el número de nacimientos anuales disminuyó 25%, pasando de 309.220 a 232.092.

A partir de 2005 se produjo un leve aumento que se extendió hasta 2009. En los seis años siguientes, la cantidad osciló en torno a los 250.000 nacimientos anuales, para luego quedar bajo la barrera de los 240.000 nacimientos en 2016.

La tasa global de fecundidad (TGF), o número promedio de hijos o hijas por mujer, descendió de 5,4 en 1960 a 1,7 en 2016 y ha presentado valores por debajo de la tasa de reemplazo desde el año 2001.

NACIMIENTOS Y TGF 1960-2016 EN CHILE



FUENTE. ESTADISTICAS VITALES/INE/INFORME ANUAL 2016



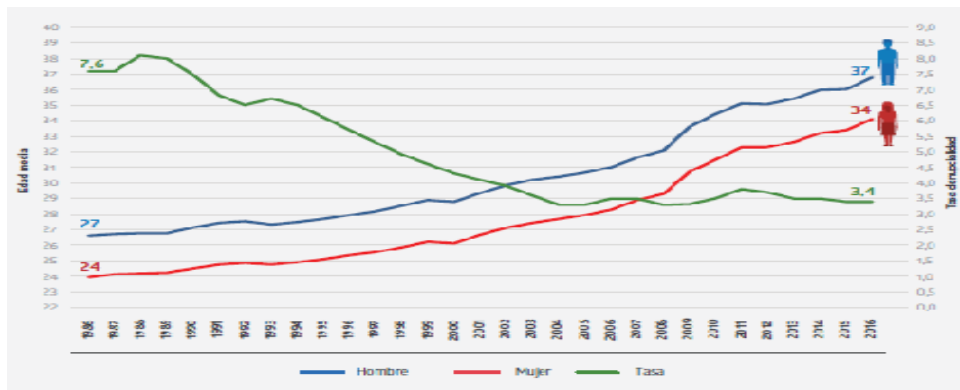
Matrimonios: tasa bruta de nupcialidad y edad media al matrimonio Chile años 1986-2016

Durante 2016 se registraron 62.464 matrimonios en Chile, con un promedio de 171 enlaces diarios. La tasa bruta de nupcialidad, que corresponde al número de matrimonios por mil personas, se redujo 4,2 puntos durante 30 años, pasando de 7,6 en el año 1986 a 3.4 en el año 2016.

Además de la disminución de la tasa bruta de nupcialidad, otro hecho que muestra los cambios en la sociedad tiene relación con la edad media de los cónyuges al casarse

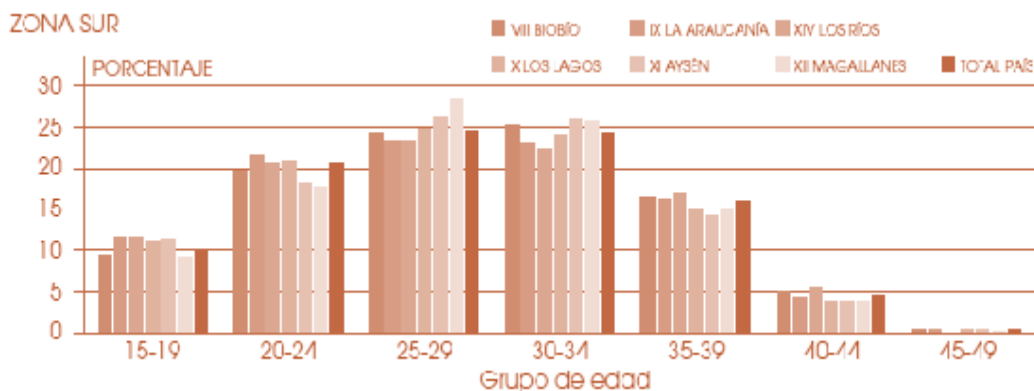
entre 1986 y 2016 esta aumentó de 24 a 34 años en las mujeres y de 27 a 37 años en los hombres, lo que da cuenta de dos fenómenos: la postergación de la edad tanto para casarse por primera vez como para contraer segundas (o más) nupcias.

TENDENCIA EN CHILE DE TASA BRUTA DE NATALIDAD Y EDAD DE MATRIMONIO DESDE AÑOS 1960 AL AÑO 2016



FUENTE. ESTADÍSTICAS VITALES/INE/INFORME ANUAL 2016

Distribución porcentual de tasas específicas de fecundidad, según región sur, 2016

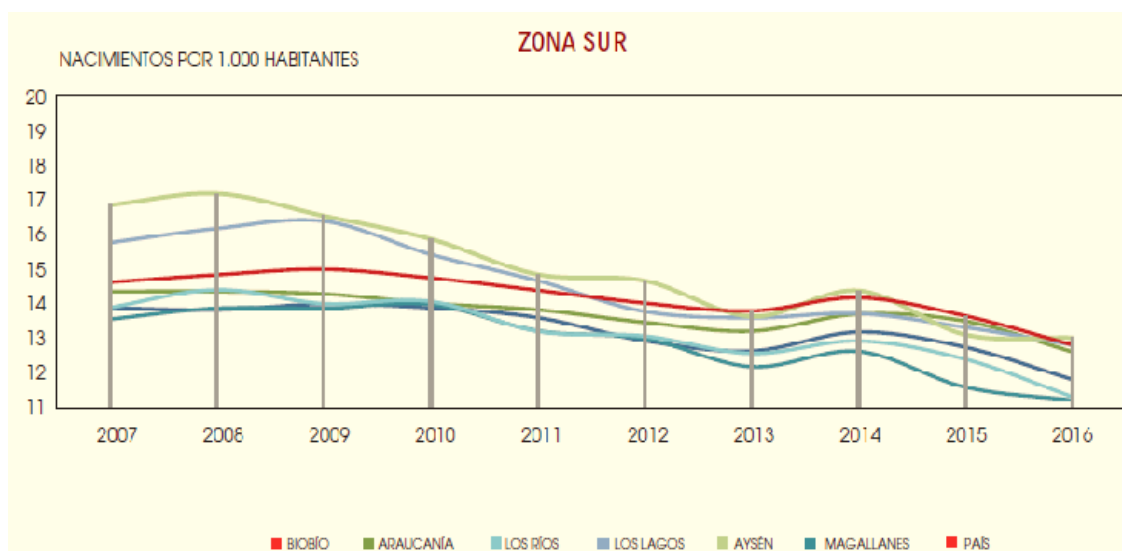


FUENTE. ESTADÍSTICAS VITALES/INE/INFORME ANUAL 2016

NACIDOS VIVOS, MATRIMONIOS, DEFUNCIONES: GENERALES, MENORES DE 1 AÑO Y FETALES,
COMUNA DE OSORNO 2016

REGIÓN, PROVINCIA Y CIRCUNSCRIPCIÓN DE OCURRENCIA	Nacimientos	Matrimonios	DEFUNCIONES			Defunciones fetales
			Generales	Menores de 1 año		
				Def menor 28	Def 28 y más	
Osorno	3.158	753	1.711	25	5	22

EVOLUCIÓN TASA BRUTA DE NATALIDAD AÑOS 2007-2016 REGIONES ZONA SUR DE CHILE



SERIE HISTÓRICA: NACIDOS VIVOS OBSERVADOS, SEGÚN REGIÓN Y PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE, 2004 - 2016

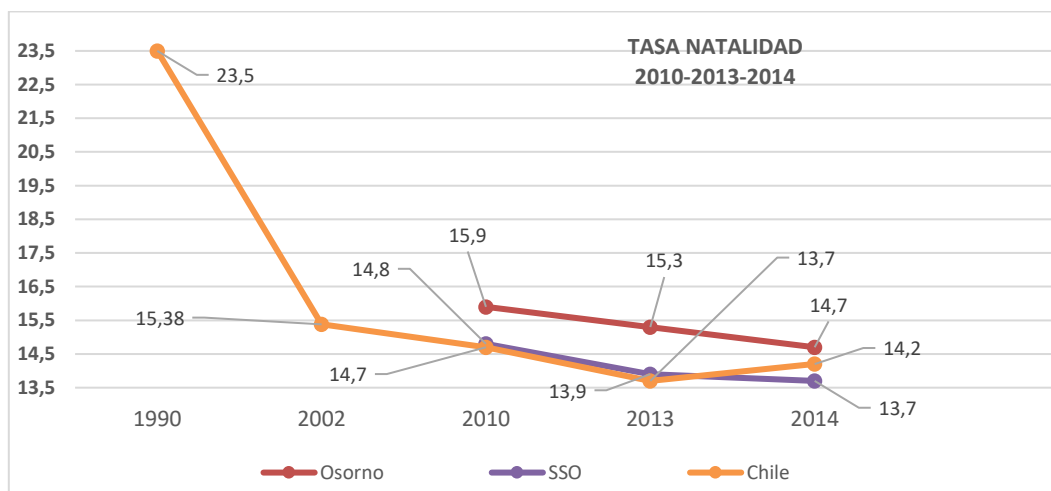
REGIÓN, PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	Nacidos vivos observados (número)												
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Valdivia	3.893	3.784	3.850	3.898	4.052	4.107	4.205	3.962	3.901	3.696	3.832	3.621	3.446
Ranco	1.246	1.302	1.305	1.256	1.254	1.242	1.228	1.214	1.223	1.118	1.231	1.043	1.086
LOS LAGOS	11.825	12.015	11.758	12.335	12.772	13.072	12.413	11.911	11.287	11.191	11.380	11.158	10.787
Llanquihue	5.671	5.817	5.794	6.098	6.405	6.568	6.289	5.869	5.543	5.593	5.798	5.776	5.714
Chiloé	2.537	2.557	2.429	2.636	2.664	2.823	2.442	2.403	2.297	2.194	2.254	2.252	2.079
Osorno	3.306	3.377	3.306	3.362	3.484	3.464	3.475	3.473	3.247	3.233	3.140	2.983	2.819
Palena	311	264	229	239	219	217	207	166	200	171	188	147	175

NACIDOS VIVOS OBSERVADOS, POR AÑO DE OCURRENCIA Y TASA BRUTA DE NATALIDAD, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE, 2012-2016

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE (REGIÓN Y PROVINCIA)	Nacidos vivos (observados)					Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes ^{1/2}				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
LOS RÍOS	5.124	4.814	5.063	4.664	4.532	12,9	12,2	12,6	11,6	11,2
Valdivia	3.901	3.696	3.832	3.621	3.446	13,3	12,5	12,9	12,0	11,4
Ranco	1.223	1.118	1.231	1.043	1.086	11,9	10,8	11,9	10,1	10,4
LOS LAGOS	11.287	11.191	11.380	11.158	10.787	13,7	13,6	13,7	13,3	12,8
Llanquihue	5.543	5.593	5.798	5.776	5.714	14,2	14,2	14,5	14,3	14,0
Chiloé	2.297	2.194	2.254	2.252	2.079	12,7	12,0	12,3	12,1	11,1
Osorno	3.247	3.233	3.140	2.983	2.819	14,0	13,9	13,6	12,9	12,2
Palena	200	171	188	147	175	10,3	8,7	9,4	7,2	8,5

La **natalidad** designa el número proporcional de nacimientos de una población en un tiempo determinado. La comuna de Osorno, en el año 2014, de acuerdo a datos del SSO, registró una **tasa de natalidad** de 14,7 por 1.000 nacidos vivos, siendo 0,5 puntos superior a la tasa de natalidad del país (14,2 x 1.000 nac.vivos) y de 1,1 puntos superior a la población asignada al SSO (Provincia de Osorno) que presenta una tasa de 13,7 x 1.000 nacidos vivos.

El país y la comuna a han experimentado un sostenido descenso de la natalidad en la última década y esta reducción sostenida sumada al aumento de expectativas de vida impacta directamente en un envejecimiento demográfico de la población, configurando una estructura poblacional con cada vez con menos niños y jóvenes y más adultos mayores.



Fuente: Anuario Estadístico- SSO 2016

Nota: Nacidos vivos corregidos corresponden a nacidos vivos inscritos en el año de nacimiento, más los nacidos en el año respectivo e inscrito en los primeros tres meses del año siguiente.



Dado en el actual contexto donde la migración ha cobrado mayor peso es interesante observar los nacimientos según el origen de la madre. Actualmente nace 1 niño(a) por 22 nacimientos. Hace 10 años la razón era 1/32

➤ **ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)**

El índice de Desarrollo Humanos (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que mide las condiciones de vida de las personas de acuerdo a tres parámetros: salud, educación e ingresos. El puntaje que se aspira es 0,800 ID. El país tiene puntaje de 0,843(2018). Osorno presenta un puntaje sobre el promedio regional con un puntaje de 0,700 IDH(dato 2017 de la comuna

EL IDH se centra en tres dimensiones básicas del desarrollo humano, que son la esperanza de vida al nacer, los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad, y el ingreso nacional bruto per cápita.

ONU





➤ **ETNIA**

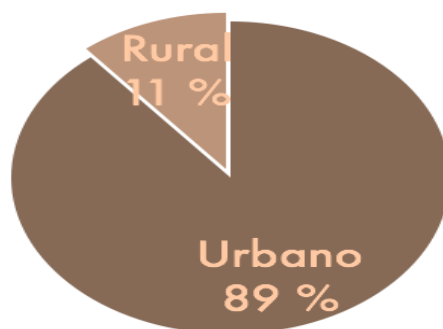
Se estima que la población de alguna etnia declarada que reside en Osorno es de un poco más de 12.000 personas. El porcentaje de identificación es inferior a la media nacional, siendo la población Mapuche la que consigna un mayor grado de identificación a este respecto por sobre las otras etnias prevalentes en el país.

Se considera perteneciente a:	Total Región	
		Osorno
1. Alacalufe (Kawashkar)	444	33
2. Atacameño	90	12
3. Aimara	181	29
4. Colla	62	7
5. Mapuche	100.664	12517
6. Quechua	314	40
7. Rapa Nui	158	28
8. Yámana (Yagán)	180	10
9. Ninguno de los anteriores	971.042	132799
Total	1.073.135	145475

Fuente.observatorio regional 2015

➤ **RURALIDAD**

Sus habitantes se concentran principalmente en el área urbana, presentando sólo un 11% de ruralidad, equivalente a un poco más de 15 mil habitantes, cifra inferior al 34% de ruralidad en la región. Fuente: CASEN 2013



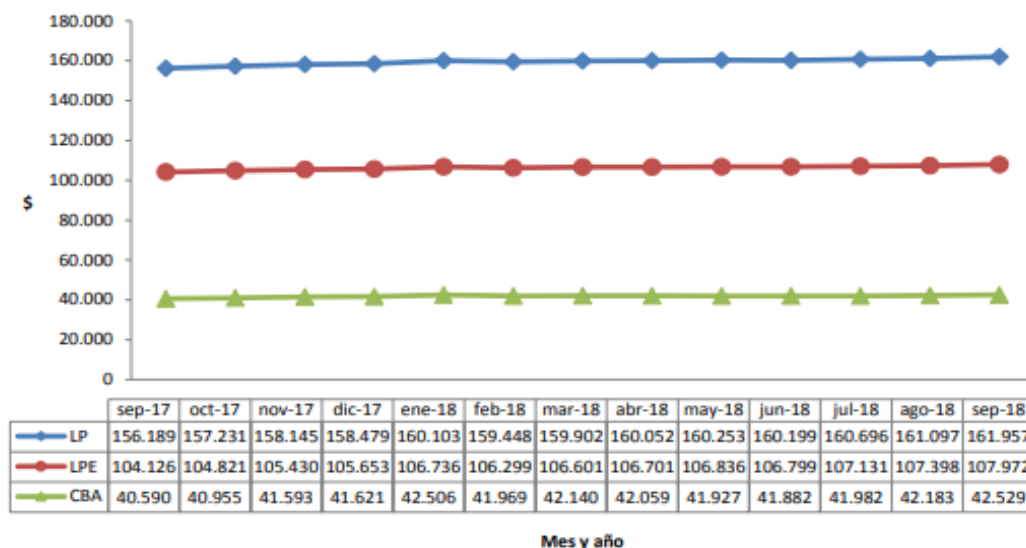
➤ **POBREZA**

De acuerdo a los datos estadísticos de la CASEN, (sólo disponibles los datos comunales del año 2015), la comuna de Osorno presenta 1,5 puntos sobre la media regional y 4,1 puntos sobre la media país en pobreza estimada por ingresos, correspondiente a pobreza extrema y no extrema. En pobreza multidimensional, que considera las dimensiones de educación, trabajo y seguridad social, salud, vivienda y entorno, y redes y cohesión, la comuna de Osorno presenta 1 punto sobre la media regional y 0,6 puntos por debajo del promedio país. Los datos de pobreza, traducidos a habitantes de la comuna de Osorno, representan a **25.974 personas** que se

encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad, convirtiéndose en un grupo a priorizar en el acceso a las prestaciones de salud que entregan los establecimientos de Atención Primaria de la comuna.

Evolución mensual del valor de la canasta básica de alimentos (CBA), línea de pobreza (LP) por persona equivalente y línea de pobreza extrema (LPE) por persona equivalente

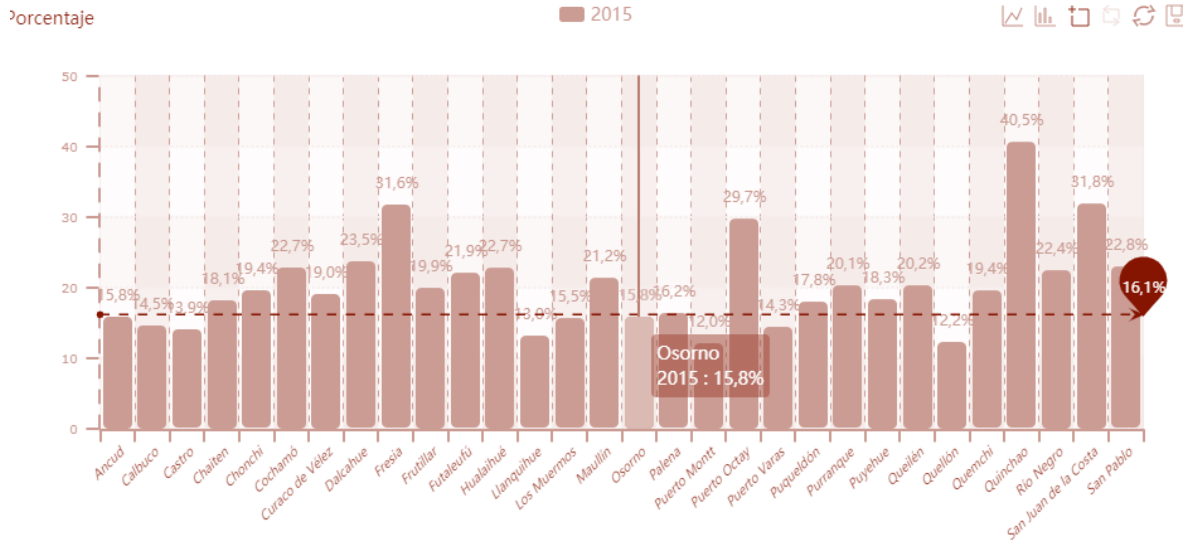
Septiembre 2017 - Septiembre 2018
(Pesos corrientes)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, a partir de información de CEPAL e INE (IPC).

Comuna	Población estimada en situación de pobreza por ingresos				Población estimada en situación de pobreza multidimensional			
	Población en situación de pobreza por ingresos	Población no pobre por ingresos	Total población	Porcentaje de población en situación de pobreza por ingresos	Población en situación de pobreza multidimensional	Población no pobre multidimensional	Total población (*)	Porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional
Puerto Mont	31.254	229.528	260.782	12,0	45.068	207.593	252.661	17,8
Calbuco	5.304	31.183	36.487	14,5	14.131	21.385	35.516	39,8
Frutillar	3.611	14.568	18.179	19,9	3.686	14.148	17.834	20,7
Los Muermos	2.346	12.761	15.107	15,5	4.978	9.988	14.966	33,3
Llanquihue	2.441	16.408	18.849	13,0	2.885	15.585	18.470	15,6
Castro	7.814	48.340	56.154	13,9	11.538	42.552	54.090	21,3
Ancud	6.511	34.644	41.155	15,8	9.949	29.256	39.205	25,4
Quellón	4.502	32.362	36.864	12,2	9.604	25.687	35.291	27,2
Osorno	25.974	138.435	164.409	15,8	32.102	126.258	158.360	20,3
Río Negro	2.684	9.309	11.993	22,4	3.409	8.384	11.793	28,9

Fuente Casen 2015



➤ **ECONOMÍA**

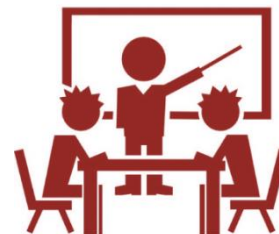
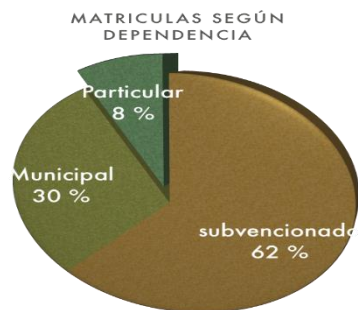
En relación a la ocupación de trabajadores, en la comuna de Osorno el 37% está concentrado en el segmento de las pequeñas empresas, seguidos de las grandes empresas que concentran el 30% de la fuerza de trabajo. Fuente: Servicio de Impuestos Internos

El Sector económico que más trabajadores concentra en la comuna es la Agricultura, la cual llega al 30,4%, seguido de las actividades inmobiliarias con un 18% Fuente: Servicio de Impuestos Internos

➤ **EDUCACIÓN**

En el ámbito educacional podemos mencionar que:

- En promedio, los osorninos y osorninas, tienen 10.6 años de escolaridad cifra inferior al promedio nacional 11.0 (casen 2015)
- El 62% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos particulares subvencionado



La administración municipal de educación cuenta con un total de 40 establecimientos educacionales: 19 Escuelas básicas urbanas, 15 Escuelas básicas Rurales Especial, 6 Liceos



➤ EN VIVIENDA:

Indicadores	Porcentaje de Hogares		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio	18,65	18,86	19,88
Porcentaje de hogares con hacinamiento critico	2,44	2,26	2,32
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	8,33	28,63	16,98

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal SINIM.

➤ ORGANIZACIONES SOCIALES.



Tipo de Organización	2015
Clubes Deportivos	294
Centros de Madres	
Centros de Padres y Apoderados	62
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	128
Juntas de Vecinos	120
Uniones Comunales	4
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	2.046
Total	2.654

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal SINIM.

➤ CONDICIONES DEL ENTORNO



En lo que respecta a las condiciones del entorno de la comuna, se consideran 2 aspectos; ambiente y seguridad (reflejado por la **tasa de casos de delitos de mayor connotación social** y la **tasa de denuncias por violencia intrafamiliar**)



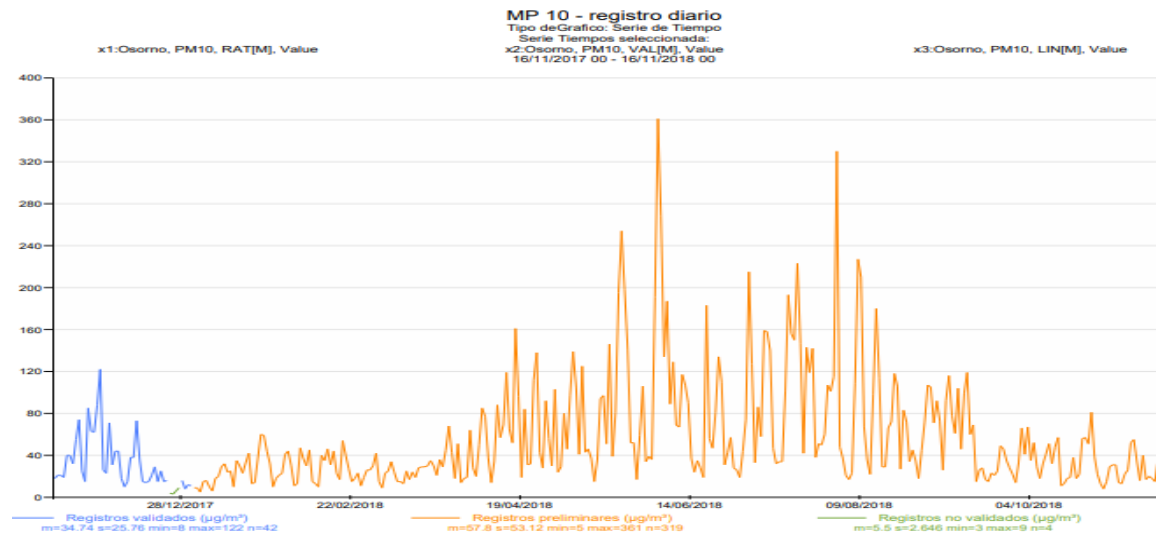
➤ CALIDAD DEL AIRE



Los datos de monitoreo mostrados en SINCA corresponden fundamentalmente a monitoreo de la calidad del aire. En el caso de la ciudad de Osorno se analizan sólo el Material Particulado (MP) 2,5 (fino) y 10 micrómetros (grueso).

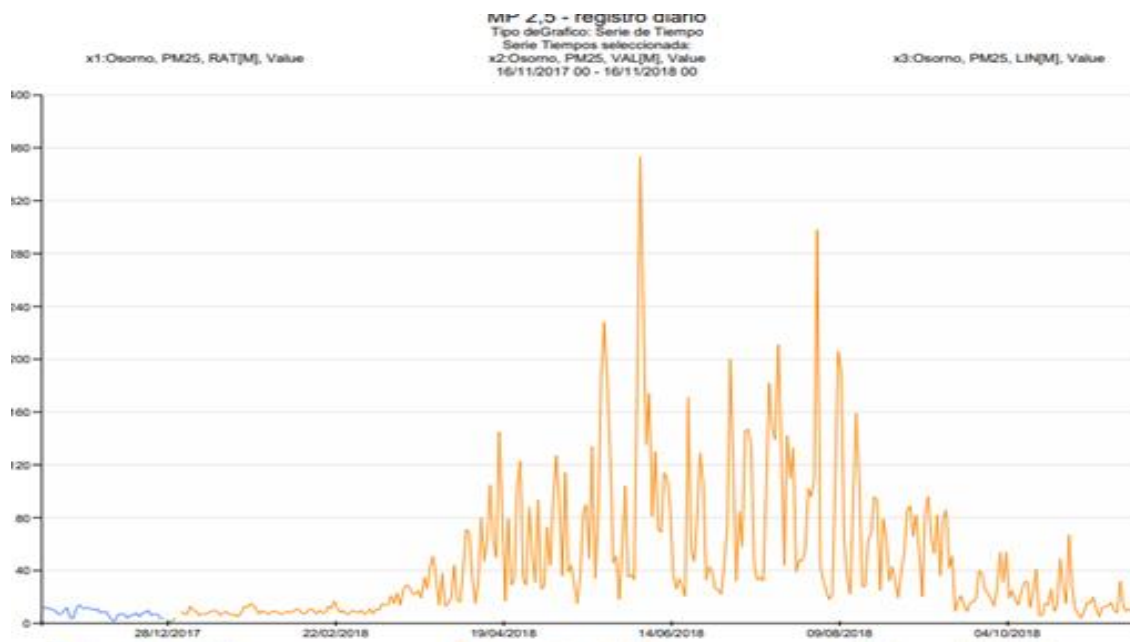
El Gráfico muestra el registro diario-promedio mensual de **material MP10 año 2017 -2018**

Fuente:Sinca.mm.gob.



Fuente: Sinca.mm.gob.

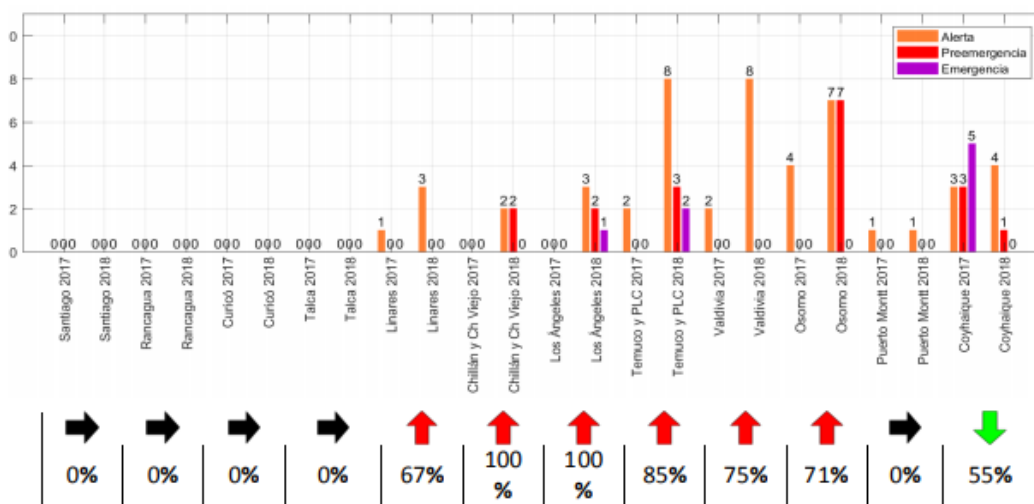
El siguiente Gráfico muestra el registro diario-promedio mensual de **material MP 2.5 último año**



Fuente:Sinca.mm.gob

Resumen general de episodios a nivel nacional

A continuación se presenta un resumen general, indicando el número total de episodios y la tendencia registrada en cada una de las zonas de interés respecto al año anterior. Comparación 2017-2018 entre el 01 de abril al 30 de abril



Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social 2013-2016

UNIDAD TERRITORIAL	2013	2014	2015	2016	último año
Osorno	2.364,4	2.238,9	2.009,6	1.903,2	-5,3%

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

Tasa de denuncias de Violencia Intrafamiliar

UNIDAD TERRITORIAL	2013	2014	2015	2016	último año
Provincia de Osorno	724,8	685,0	625,9	619,5	-1,0%
Osorno	771,3	692,8	653,9	628,5	-3,9%

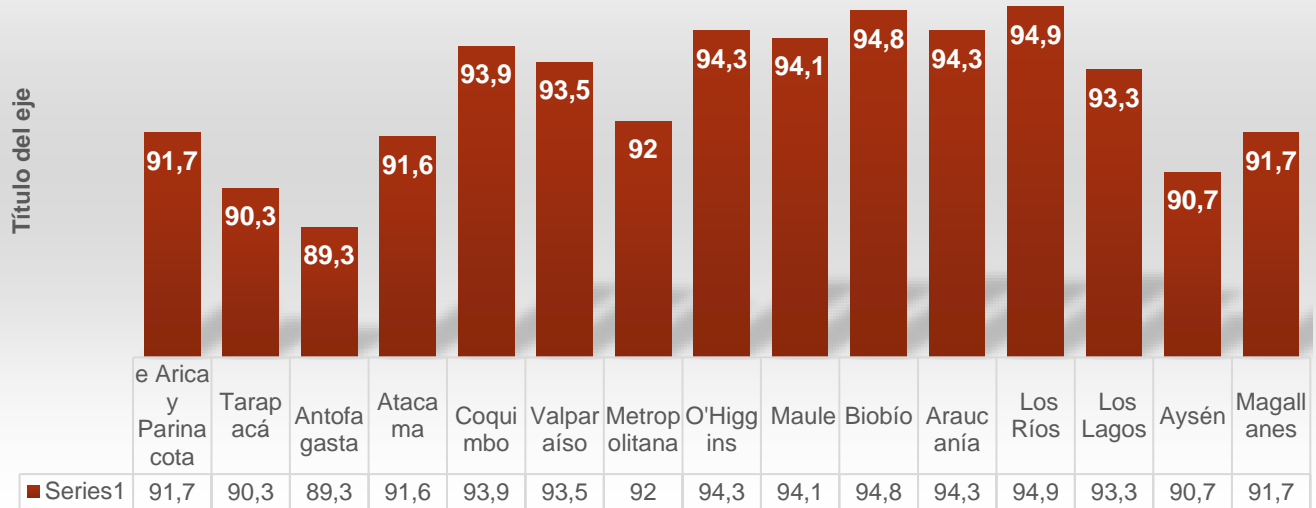
Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

➤ **SISTEMA DE SALUD**

En relación al sistema de salud en Chile podemos afirmar que el sistema público, es quien tiene en promedio más del 90% de la población chilena como cotizante.

Un ejemplo es además que las personas que tienen menores ingresos son beneficiarias del sistema público

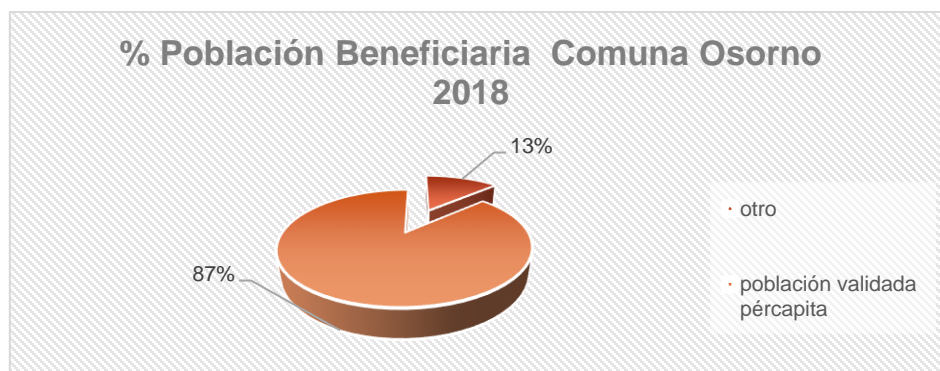
% de personas calificadas tramo 0-40% adscritas a fonasa según región



El 87.4% del total de los Osorninos(as) está inscrito(a) en algún establecimiento de salud de la comuna.

Población	Territorio Comuna
POBLACIÓN PROYECTADA 2018 (INE)	158.162
Población Per cápita Validada año 2017	138.382
% de inscritos	87.4%

Distribución porcentual de Población según Sistema de Salud



Fuente:sso.cl



Osorno al igual que en todo el país, está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado. En el Sistema Público existe un Seguro Social de Salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con el pago único del 7% de la renta imponible de sus asegurados y son recursos provenientes de impuestos generales del país). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA. Los cotizantes de FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

Distribución de cotizantes Fonasa según Tramo, inscritos en Establecimientos de Salud Osorno

Población según Tramo	%
Grupo A	25,35
Grupo B	39,6
Grupo C	16,3
Grupo D	18,75
Total	100

INDICADORES BASICOS DE SALUD

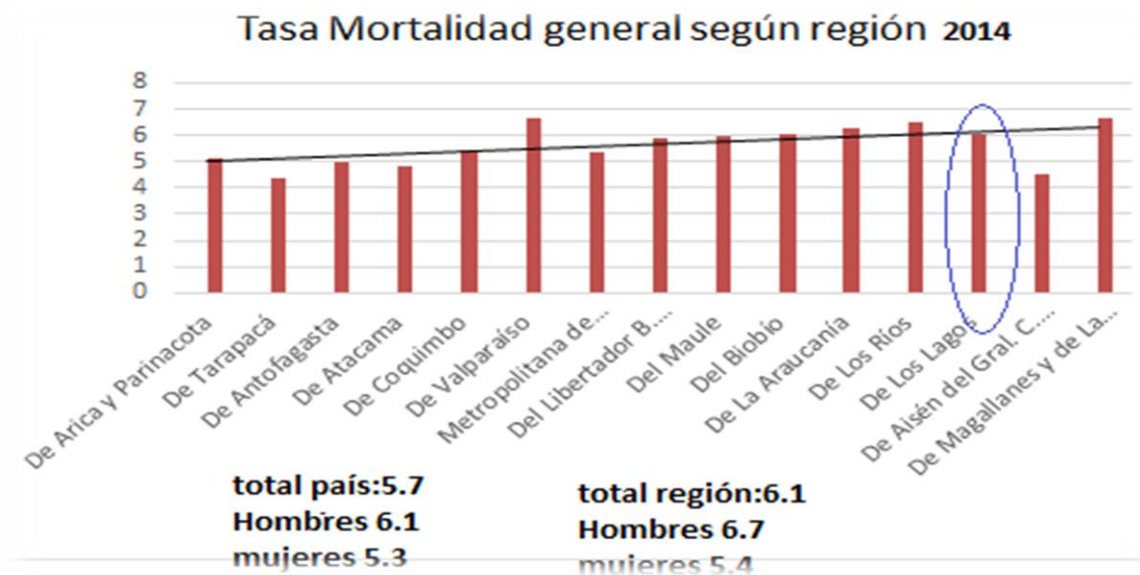
➤ MORTALIDAD E ÍNDICE DE SWAROOP

La cuantificación de las defunciones se realiza a través de la Mortalidad, tasa que da cuenta de las muertes que ocurren en relación a la población de un período y un área geográfica determinada.

Región y comuna	Mortalidad General*							ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total		Hombre		Mujer		Indeterminado	Total	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*				
Chile	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3	17	77,9%	72,7%	83,7%
De Los Lagos	5.052	6,1	2.798	6,7	2.252	5,4	2	74,5%	67,8%	82,8%
SSO	1684	7,3	913	7,9	770	6,6	1	78,10%	72,70%	85,80%
Osorno	1.126	7,2	599	7,8	526	6,5	1	75,8%	70,3%	82,1%

Fuente elaboración propia con datos DEIS – Minsal-ssO

La **Tasa de Mortalidad General** que presentó Osorno el año 2014 fue de 7.2 por mil habitantes, cifra similar al indicador Servicio Salud y superior a la regional y país, en 1.2 y 1.5 puntos porcentuales, respectivamente. La tasa de mortalidad en hombres es mayor que la de mujeres.



Fuente: sso.cl



El **Índice de Swaroop** representa la proporción de fallecimientos entre personas de 60 y más años por cada 100 defunciones totales. Osorno presenta un índice de 75.8%, siendo mayor en mujeres (82.1%) que en hombres (70.3%) y como referencia podemos decir que en los países desarrollados este Índice ronda el 90% y se vincula a sociedades más longevas y con mejores niveles de bienestar.

En el país y la comuna, la curva de Mortalidad General en el decenio 2000-2010 evidencia una estabilización del indicador desde principios de la década, tanto, a nivel nacional como comunal.

➤ **AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS AVPP**

El indicador **Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)** ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida y su tasa corresponde al número de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) en un territorio por cada mil habitantes del mismo.

Indicador	Osorno	X Región
AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP- (Tasa x 1.000 hab 2014 DEIS MINSAL)	90,4	80,9

Fuente: Elaboración propi. Con datos DEIS

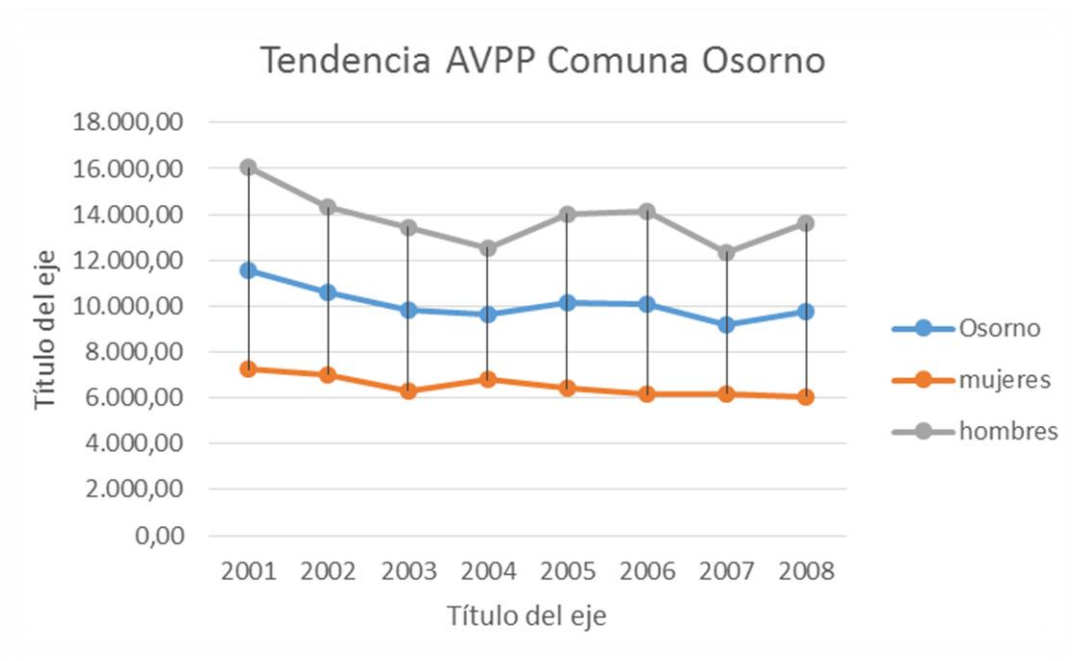
Osorno presenta Tasas de AVPP **mayores** a la Región, lo que refleja que **nuestra comuna presenta mayor mortalidad prematura**, siendo los hombres los que concentran un mayor número de esta mortalidad prematura existiendo una diferencia cercana a los 8 años de brecha entre ambas tasas.

La comuna de Osorno presenta una tasa 9,5 puntos sobre el promedio regional y 20,6 puntos sobre la nacional (69,8). No obstante, a través de los años éstos indicadores tienden a la baja.

El análisis de la tendencia de los AVPP en el período 2001-2014 muestra que la mortalidad prematura ha disminuido en el país, región y comuna, con un descenso en Osorno de 17.8 años

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Osorno	11.560,30	10.602,30	9.813,40	9.612,50	10.157,80	10.081,20	9.216,10	9.776,00
mujeres	7.237,70	7.021,30	6.298,80	6.785,00	6.395,80	6.139,60	6.178,50	6.054,70
hombres	16.047,30	14.313,80	13.449,80	12.533,40	14.038,20	14.141,80	12.341,90	13.600,80

Fuente.sso.cl



Fuente. Elaboración propia. Con base Minsal Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitante

Los índices de masculinidad, de adultos mayores y adultos, nos muestran las características de una comuna.

	2002	2018	2019	2020
IM (por 100 mujeres)	95,62	95,22	95,35	95,48
IAM (por 100 menores de 15 años)	42,79	84,09	87,61	91,42
IDD (por 100 personas PA)	58,41	56,25	57,16	58,14
IM (por 100 mujeres)	Número de hombres por cien mujeres			
IAM (por 100 menores de 15 años)	Número de personas de 60 años o más (adultos mayores), por cien menores de 15 años			
IDD (por 100 personas PA)	Número de personas menores de 15 y de 60 o más, por cien PA (con edades entre 15 y 59)			

Fuente.ine.cl

Un indicador que da cuenta de los cambios provocados por la baja de la fecundidad y la mortalidad en la estructura de la población es el Índice de adultos mayores (IAM), que expresa el número de personas de 60 años o más por cada cien menores de 15. Así pues, en 2006 en Chile había 50 adultos mayores por cien niños de 0 a 14 años, en tanto que en 2014 este indicador aumentó a 70. El proceso de envejecimiento demográfico tendería a aumentar en el país. A 2020, a nivel nacional, habría 98 mujeres adultas mayores por cada cien niñas menores de 15 años. La región más envejecida en mujeres sería Valparaíso, que tendría 119 mujeres de 60 años o más por cien niñas menores de 15.

En cuanto a hombres adultos mayores, en 2020 habría en el país 78 por cien menores de 15; Magallanes sería la región más envejecida, con 90 hombres de 60 años o más por cada cien niños menores de 15 (INE, 2015: 6).

➤ **MORTALIDAD**

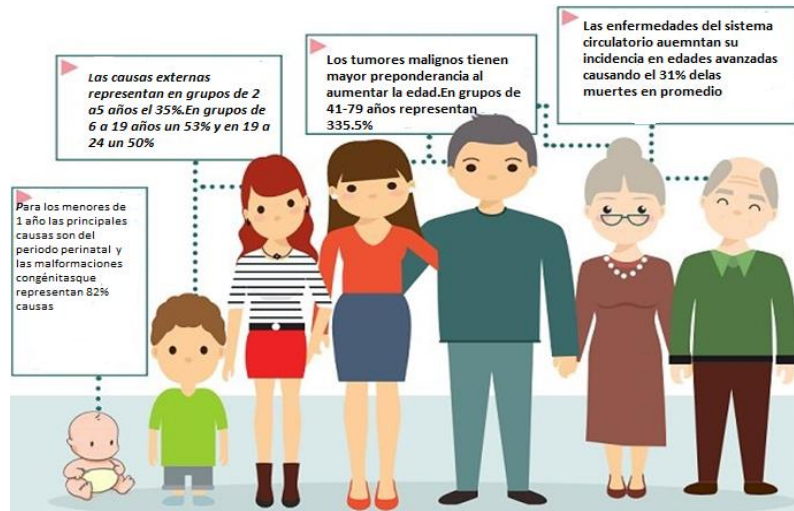
Hace 65 años, la principal causa de muerte en el país eran las enfermedades infectocontagiosas (producidas por virus o bacterias, como tuberculosis o sarampión), responsables de un tercio de las muertes.

Actualmente y de acuerdo a los estilos de vida, sedentarismo, envejecimiento de la población las causas de Mortalidad han variado diametralmente; **las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos** son las principales causas de muerte de los Osorninos (as), situación similar al país

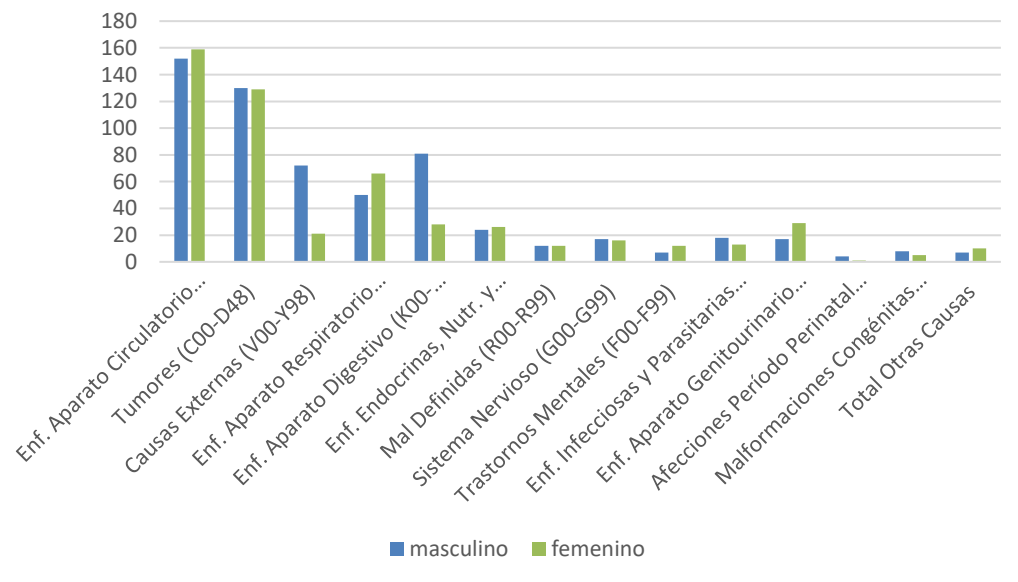
En el siguiente gráfico y tabla se visualizan las causas distribuidas por sexo.

GRUPO DE CAUSAS	MORTALIDAD 2014					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N° Def.	Tasa	N° Def.	Tasa	N° Def.	Tasa
Enf. Aparato Circulatorio (I00-I99)	152	1,98	159	1,97	311	1,98
Tumores (C00-D48)	130	1,70	129	1,60	259	1,65
Causas Externas (V00-Y98)	72	0,94	21	0,26	93	0,59
Enf. Aparato Respiratorio (J00-J99)	50	0,65	66	0,82	116	0,74
Enf. Aparato Digestivo (K00-K93)	81	1,06	28	0,35	109	0,69
Enf. Endocrinas, Nutr. y Metab. (E00-E99)	24	0,31	26	0,32	50	0,32
Mal Definidas (R00-R99)	12	0,16	12	0,15	24	0,15
Sistema Nervioso (G00-G99)	17	0,22	16	0,20	33	0,21
Trastornos Mentales (F00-F99)	7	0,09	12	0,15	19	0,12
Enf. Infecciosas y Parasitarias (A00-B99)	18	0,23	13	0,16	31	0,20
Enf. Aparato Genitourinario (N00-N99)	17	0,22	29	0,36	46	0,29
Afecciones Período Perinatal (P00-P96)	4	0,05	1	0,01	5	0,03
Malformaciones Congénitas (Q00-Q99)	8	0,10	5	0,06	13	0,08
Total Otras Causas	7	0,09	10	0,12	17	0,11
Total Defunciones	599	7,82	527	6,53	1.126	7,15

Fuente: sso.cl

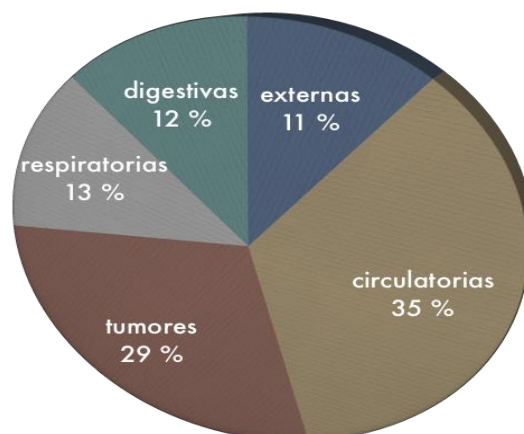


causas mortalidad según sexo comuna osorno 2014



Fuente: sso.cl

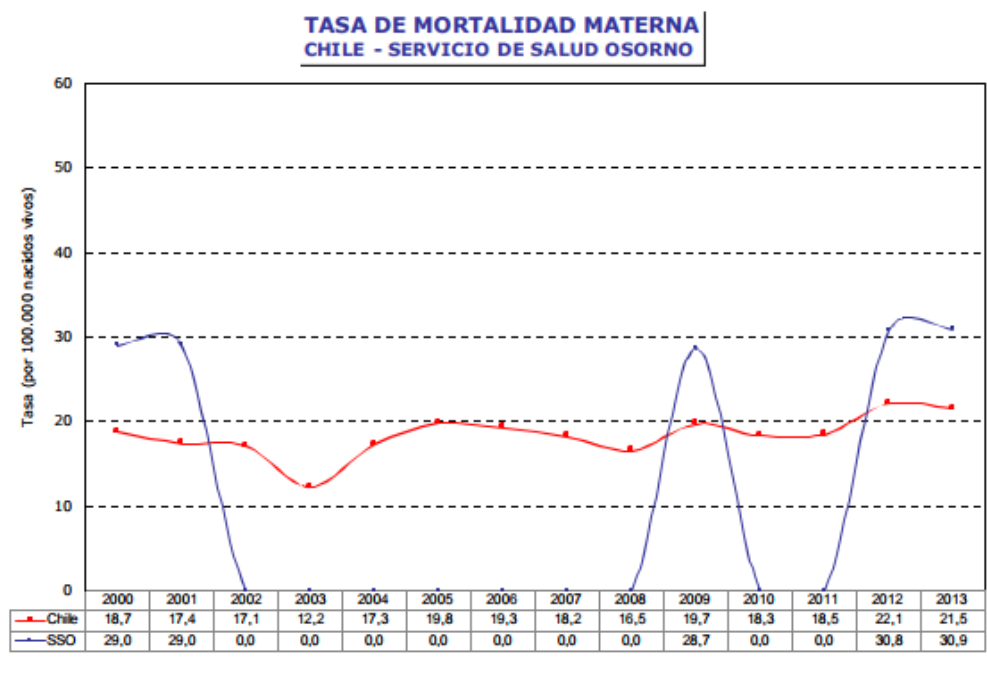
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRANDES CAUSAS DE MORTALIDAD 2014



SITUACION DE SALUD POR CICLO DE VIDA

➤ INDICADORES DE SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA

La **Razón de Mortalidad Materna** o RMM se define como el número de muertes maternas relacionadas con el embarazo dividido por el número de nacidos vivos en un período determinado. En Chile en el año 2013 la RMM fue de 21.5 defunciones por 100.000 nacidos vivos, **Osorno el mismo año, no presentó muertes maternas, comportamiento que la comuna ha mantenido en los últimos años a diferencia de lo observado en la Provincia**



Fuente:sso.cl

En 1960, Chile, presentaba una mortalidad materna de 299/100.000 nacidos vivos, una de las más altas de la Región de las Américas. Hoy, nuestro país ocupa el segundo lugar del continente con la tasa más baja de mortalidad materna, sólo por debajo de Canadá que tiene una tasa de 9 por cada 100 mil. El país con la mayor mortalidad materna del continente es Haití, con 300 por cada 100 mil nacidos vivos.

El límite que marca un crecimiento estable en la población de un país se conoce como tasa de reemplazo generacional y se estima en dos hijos por mujer, lo mínimo que una sociedad requiere para que los nuevos habitantes reemplacen a su padre y madre.



La Tasa Global de Fecundidad en Chile y la región de Los Lagos en el año 2012 fue de 1,8 hijos(as) por mujer, cifra que no alcanza la tasa de reemplazo generacional.

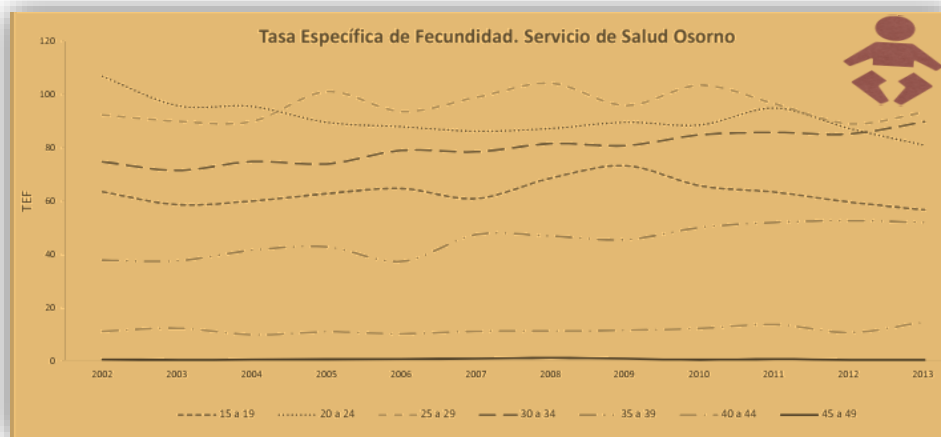
Ello explica por qué nuestra población no crece y está envejeciendo.

La disminución en el número de hijos es un fenómeno que en Chile y en la mayoría de los países de América Latina comenzó a notarse desde la segunda mitad de la década de 1960.



En 1961 en Chile las mujeres tenían en promedio, 5,43 hijos, que disminuye a 4,93 en 1966. De ahí comienza una caída paulatina, hasta 1998 cuando se logra la última cifra sobre la tasa de reemplazo generacional (2,15). La decisión de tener o no hijos es individual, sin embargo, sus efectos no sólo se viven al interior de las familias, sino en toda la sociedad.

La **Tasa específica de fecundidad** es el indicador que refleja la cantidad nacimientos con vida que se registra en un año por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad. En Osorno nacen 55 nacidos vivos por 1000 mujeres en edad reproductiva, cifra discretamente superior a la región (50,5) y similar al país (53,4) y que ha tenido un descenso mantenido en la última década.



Comuna de Residencia de la Madre	Edad de la Madre (años)					
	Total	< 15	15-19	20-34	35 y+	Ignorado
Osorno	2.304	9	296	1.634	364	1
SSO	3.140	14	430	2.204	491	1
Chile	250.997	852	29.454	177.942	42.692	57

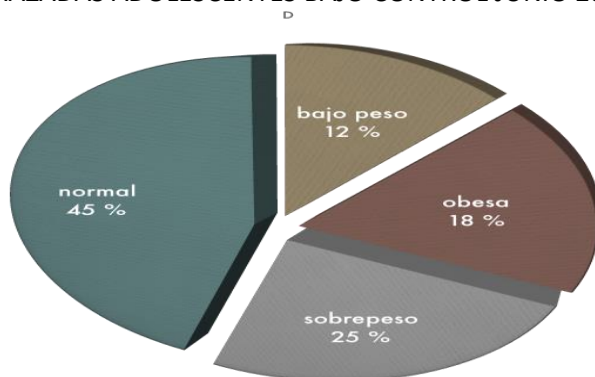
El 13.2 % de los Recién Nacidos en Osorno corresponde a hijos(as) de madres menores de 20 años



En el año 2015, de estos de madres adolescentes, 9 eran hijos(as) de madres menores de 15 años y 296 de madres de 15 a 19 años.

El 43% de las gestantes adolescentes en control 2018 de la comuna de Osorno, presenta Malnutrición por exceso.

ESTADO NUTRICIONAL EMBARAZADAS ADOLESCENTES BAJO CONTROL JUNIO 2018-OSORNO



Fuente: serie rem p1 junio 2018

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad materna en Chile ha aumentado persistentemente durante las últimas décadas. Según el último corte poblacional de Junio 2017 las gestantes de la comuna de Osorno presentan un 32% de Obesidad y 35% de Sobrepeso alcanzando un 67% de malnutrición por exceso, en el mismo corte de población, las gestantes del país presentaron un 29% de Obesidad y un 33% sobrepeso

La **obesidad pre-gestacional y la excesiva ganancia de peso gestacional** han sido reconocidas como factores de riesgo independientes de complicaciones maternas y fetales. Se ha evidenciado que el riesgo de cualquier complicación obstétrica es 2 a 3 veces más frecuente en embarazadas obesas comparadas con aquellas no obesas, pudiendo incluso identificarse riesgos preponderantes en cada período del embarazo y puerperio. Específicamente en el embarazo, la obesidad se asocia a diferentes morbilidades perinatales como: Diabetes (diabetes pre gestacional y gestacional), Hipertensión gestacional y preeclampsia, Malformaciones congénitas, Macrosomía (peso al nacer >4 kg), Cesárea, Mortalidad materna y Mortalidad fetal.

➤ **INDICADORES DE SALUD INFANTIL**



La Tasa de Mortalidad Infantil de 7.9 por mil nacidos vivos, mayor al indicador nacional (7.4)

Tasa de Mortalidad Infantil (MI) es un indicador que expresa el riesgo de morir que tienen los nacidos vivos durante su primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos y es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población, siendo un referente importante al momento de evaluar nivel sanitario y grado de desarrollo socioeconómico de una sociedad.

Actualmente, Chile posee tasas menores a 10 por 1000 nacidos vivos, posicionándolo dentro de los países de Latinoamérica con mejores cifras

El 60% de las defunciones infantiles de Osorno ocurren en el primer mes de vida y de éstas, el 83% fueron en la primera semana de vida

Región y Comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa*	Defunciones menores 28 días	Tasa*	Defunciones menores 7 días	Tasa*	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa*
Total País	1.825	7,2	1.311	5,2	1.045	4,1	514	2,0
Osorno	20	8,6	12	5,2	10	4,3	8	3,5

Fuente: deis-2014

Las principales causas de mortalidad infantil menor de 1 año son ciertas afecciones originadas en el período perinatal 46 %

En resumen y dado el perfil de mortalidad infantil menor de 1 año, hoy es necesario

- Agotar esfuerzos en ingresar precozmente las embarazadas para detectar y controlar también en forma precoz los Factores de Riesgo de Prematuridad
- Asegurar una Ecografía de Evaluación de Anatomía Fetal (5º mes) para detección precoz de malformaciones congénitas tratables (malformación congénita del corazón)
- Asegurar la continuidad de contar con examen de detección de Estreptococo Grupo B (EGB) siendo la causa infecciosa más frecuente de mortalidad perinatal, junto con otras medidas como vacunación a embarazadas.

La tasa de mortalidad en el grupo etario de 1 a 4 años es de 2,3%, que corresponde a 2 defunciones por 100.000 niños año 2013

País, Región y comuna	Mortalidad en la niñez según grupo de edad ambos sexos Año 2013					
	grupo de 1 a 4 años 2013		Grupo de 5 a 9 años		TOTAL NIÑEZ	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	defunciones	tasa
Total País	285	2,9	169	1,4	454	2,1
Sso	5	3,4	2	1,2	7	2,3
Osorno	2	2,3	1	0,9	3	2,8

El grupo etario de 5 a 9 años en el año 2013 presentó 1 caso en Osorno

▪ **AVISA en Infancia:**

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas



condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

AVISA Menores de 1 año

Casi la mitad de los AVISA perdidos en menores de 1 año son por causas perinatales y un tercio por anomalías congénitas.

Subgrupos de causas	AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños menores de 1 año. Chile, 2004	% del total
Perinatales	77.827	46,5%
Anomalías Congénitas	49.776	29,7%
Condiciones Neurosiquiátricas	13.006	7,8%

Entre las primeras causas específicas figuran: bajo peso al nacer, anomalías congénitas del corazón y trastorno respiratorio al nacer, patrón que es similar en ambos sexos.

AVISA Niños de 1 a 9 años.



Más de la mitad de los AVISA corresponden a los subgrupos condiciones neuropsiquiatras (30.3%) y lesiones no intencionales (24.7%).

Subgrupos de causas	AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños de 1 a 9 años. Chile, 2014	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	40.961	30,3%
Lesiones No Intencionales	33.450	24,7%
Enf. Músculo esqueléticas	18.921	14,0%
Enf. Órganos de los sentidos	10.417	7,7%
Enf. Respiratorias Crónicas	6.305	4,7%

Dentro de las primeras causas específicas están los accidentes de tránsito, caídas, estrabismo y el síndrome de déficit atencional. El patrón es similar en ambos sexos.

Condiciones de riesgo para la salud infantil



Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la **prematuridad** y el **bajo peso de nacimiento**. En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos



puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

En Osorno nacen cerca de 170 Recién Nacidos Prematuros, constituyendo el 8,2% del total de nacidos vivos de la comuna. El riesgo de morir de un prematuro es 20 veces mayor al de un RN de término.

El bajo peso al nacer se presenta en el 6.5% de los nacimientos en Osorno, cifra superior al 6% país y al 5.9% provincial. En la comuna, 150 Nacidos Vivos pesan menos de 2500 gramos al nacer y de ellos 19 tiene un peso inferior a 1500 gramos

Comuna de Residencia de la Madre	Peso RN en gramos						
	Total	< 1.500	1.500 a	2.500 a	3.000 a	4.000 y +	Ignorado
			2.499	2.999	3.999		
Osorno	2.304	19	131	326	1.602	255	1
SSO	3.140	26	161	444	2.175	333	1
Chile	250.997	2.844	12.632	39.832	173.803	21.373	513

En la arista opuesta resulta preocupante el alto porcentaje de niños nacidos vivos con peso superior a 4.000 grs, lo que se debe relacionar con la condición nutricional de las gestantes, hábitos de alimentación saludable, patologías como Diabetes gestacional, y el impacto que ésta condición tendrá en el futuro desarrollo de enfermedades crónicas No transmisibles.

La **obesidad en la infancia** tiene graves consecuencias, tanto para la salud psíquica como física en niñas y niños.

El 13.7 % de la población infantil menor de 6 años bajo control en Osorno presenta Obesidad, superior al 10.5 nacional, y que se establece alrededor de los 4 años

Los niños con sobrepeso u obesidad presentan niveles más elevados de presión arterial, de colesterol y de insulina en la sangre, comparados con menores de peso normal, por lo que tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hígado graso, entre otras.

El foco en el Rezago del Desarrollo en menores de 5 años se fundamenta porque se considera el desarrollo infantil temprano como un determinante de la salud y el nivel de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital.

En la primera infancia se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos. Los economistas sostienen hoy, en base a la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede hacer. Si se invierte un dólar en etapas tempranas de la infancia se obtiene un retorno de 8 dólares por cada dólar invertido (Carneiro, 2003).



El 11.4 % de los niños y niñas evaluados durante el año 2017 presentó Déficit del Desarrollo Psicomotor, cifra mayor a la región y al país.

De éstos niños y niñas en la comuna que no alcanzó todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad **9,1% presenta Riesgo de Retraso del Desarrollo** y un **2.3% Retraso**.

El grupo considerado Normales a la evaluación, pero con algún área del Desarrollo alterada (Normales con Rezago) corresponde al 4.3% del universo evaluado.

➤ **INDICADORES DE SALUD ADOLESCENTE**

La tasa de mortalidad año 2014 en la comuna Osorno en la población de 10 a 14 años de edad es de 1.8 defunciones por 100.000 habitantes cifra sobre el indicador provincial (1.2) y país(1.5)

Mortalidad de la Adolescencia						
Total		10 a 14		15 a 19		
COMUNAS	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa
Osorno	6	2,4	2	1,8	4	3
SSO	9	2,5	2	1,2	7	3,7
Chile	780	0,3	202	1,5	578	3,9

Fuente:sso.cl-2014

La tasa de mortalidad año 2014 en la comuna Osorno en la población de 15 a 19 años de edad es de 3.0 defunciones por 100.000 habitantes cifra bajo el indicador provincial (3.7) y país(3.9)

Las Defunciones en adolescentes son debido principalmente:

- Causas Externas (44,4%)
- Tumores (18.6%)
- Enfermedades del sistema nervioso (10,5%)

Más del 60% de AVISA perdidos en este grupo de edad está dado por los subgrupos de las condiciones neuropsiquiátricas (38,3%), las enfermedades digestivas (14.3%) y las lesiones no intencionales (11,6%).

Además, se observa que 6,9% del total de años de vidas saludables perdidos está dado por lesiones intencionales.

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo.	AVISA	% del total
Adolescentes 10 a 19 años. Chile. 2014		
Condiciones Neuropsiquiátricas	140.570	38,3%
Enf. Digestivas	52.384	14,3%
Lesiones No Intencionales	42.723	11,6%
Enf. Musculoesqueléticas	39.518	10,8%
LesionesIntencionales	25.219	6,9%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2014



En AVISA el patrón por sexo es completamente diferente. Las 3 primeras causas de pérdida de Años de Vida Saludable son:

- En hombres, la úlcera péptica, los accidentes de tránsito y las agresiones
- En mujeres destacan la escoliosis, los trastornos del ánimo bipolar y la úlcera péptica.

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2014	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
	Úlcera péptica	14307	Escoliosis	20201
	Accidentes de Tránsito	11262	Trastornos del ánimo bipolar	15537
	Agresiones	10438	Úlcera péptica	13836

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2014

➤ **CONDICIONES DE RIESGO PARA LA SALUD ADOLESCENTE**



Muchas de las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs), como enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Depresión, entre otras, con alta prevalencia en adultos, pero también en adolescentes se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras). Éstas tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida en el presente de este grupo etario, con consecuencias negativas para ellos (embarazo, drogadicción, deserción escolar) y, en otros casos, son causa de invalidez o muerte (accidentes, suicidios y homicidios).

Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia y que son atribuibles significativamente a conductas de riesgo, así como, a condiciones y estilos de vida, por lo tanto, son en su mayoría modificables.

- **SUICIDIO ADOLESCENTE:** En la provincia y comuna es similar en ambos sexos, destacando el hecho de que grupo presenta la segunda mayor tasa del país, llegando a 14 por 100.000 hbts., cifra muy superior al 5,7 nacional
- El estudio 'Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud' del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, reveló que **Chile es el país con mayor aumento en la tasa de suicidios de los países que conforman la Oede**, sólo superado por Corea del Sur. Según las cifras del ministerio de Salud, en el año 2000 se suicidaban en Chile 4 de cada 100.000 personas entre 10 y 19 años. En 2010, esa cifra se elevó a 8 y se estima que para 2020 habrá 12 suicidios por cada 100.000 jóvenes, lo que representa un alza del 200%. Al desagregar por sexo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE, brecha que se ha mantenido bastante estable en el tiempo (OECD, 2011)

La evidencia científica hace referencia a la multicausalidad del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida y dentro de estos, los problemas mentales asociados con mayor frecuencia a este comportamiento son, la depresión, los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia.

- **CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES:** Chile es uno de los países con prevalencias más altas de consumo de tabaco en escolares, pero se ha observado una disminución del consumo en el período 2001 – 2014, tomando como referencia la prevalencia de consumo en el último mes. Según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2014, el consumo descendió de 42% a 26,7% y de consumo diario de 15,8% a 7,3, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo **siendo las niñas en edad escolar las que fuman más que los niños** con una prevalencia diaria de 7,3% en mujeres y de 6,3% en hombres.
- **CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES:** La prevalencia mensual de consumo de alcohol en el país es de 35,5% en toda la población escolar, sin diferencias significativas por sexo. Las declaraciones de uso de alcohol en el último mes en la región se ubican por debajo del promedio nacional con 34,1%. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es a los 13,7 años, sin diferencia por sexo.
Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2014- 2015 el grupo de mayor consumo en gramos de alcohol es en jóvenes de 15 a 24 años, con 80 gramos promedio de alcohol puro consumido en un día de consumo habitual.
- **CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES:** La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 14,6 años, sin diferencias por sexo. El consumo de riesgo de drogas ilegales en la población de escolar, se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, existiendo un aumento del consumo de marihuana, cocaína, pasta base y tabaco en escolares de octavo básico.
El consumo de marihuana en la región aumentó de acuerdo a datos del Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2015, **llegando** a una prevalencia de 24,1%, con una variación significativa de 9,7 puntos porcentuales sobre la cifra del estudio 2011, pero encontrándose por debajo de la prevalencia nacional (30,6%).
- **CONSUMO DE COCAINA EN ADOLESCENTES:** La prevalencia regional de consumo de cocaína total en el último año en población escolar es de 4,1% para el último estudio 2015, este es un aumento no significativo de 0,8 puntos porcentuales respecto a 2012.
- **CONSUMO DE INHALABLES EN ADOLESCENTES:** La prevalencia de consumo de último año de inhalables en escolares, a nivel nacional, muestra por segundo año consecutivo un aumento significativo (variación en tendencia) variando desde 3,0% en 2009 a 5,2% en 2013

- **CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES:** A nivel nacional se aprecia un aumento significativo en los reportes del uso de tranquilizantes sin receta médica en el último año en población escolar, pasando de un 7,5% en 2011 a un 9,5% en 2013, siendo este último el valor más alto desde 2007.

En relación a la disponibilidad y acceso en población escolar, la facilidad de compra de alcohol, (proporción de escolares que declara que les sería fácil o muy fácil comprar alcohol) disminuyó respecto al estudio anterior, pasando de un 43,5% en 2013 a un 43,1% en 2015, siendo, esta variación no estadísticamente significativa.

La proporción de escolares de la región de Los Lagos que en el año 2015 declara haber recibido a lo menos un ofrecimiento de marihuana en el último año aumentó significativamente de 19,1% en 2013 a 32,9% en 2015. Por su parte, la proporción de personas que declara que le sería fácil conseguir marihuana varió 8,7 puntos porcentuales, siendo dicha variación estadísticamente significativa respecto al estudio anterior.

- **DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:** La depresión es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas

Los trastornos depresivos en la adolescencia deben ser tomados seriamente, debido a las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen un riesgo de salud para los niños y adolescentes que los padecen. Este es un trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidalidad, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población

La Depresión tiene una prevalencia de un 2% en la niñez y entre 4% a 8% en la adolescencia, aumentando a medida que se avanza en el periodo evolutivo (riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres). La relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en menores 10 años y de 2:1 en la adolescencia.

SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES: El 48% de adolescentes de 15 a 19 años en Chile declara haber iniciado su vida sexual.

La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (Injuv, 20104).

La población menor de 20 años que está en control por el uso de algún método de regulación de fertilidad en establecimientos de salud de la comuna corresponde a 2421 usuarias(os), 13.4% del total bajo control.(17939) y el 12% de los adolescentes inscritos en los centros de salud Familiar. Sólo 39 son varones. Rem serie P junio 2017 Osorno



El 13% de la población femenina de 15 a 19 años está en control con algún método de regulación de fertilidad en establecimientos de salud de la comuna

El 12.2% de las gestantes en control en la comuna son menores de 20 años. (102/831) según serie Rem P - junio 2017.

La **maternidad adolescente**, con sus efectos secundarios como la deserción del sistema educacional antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, favorecen las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica. En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, con lo que lo que representa de fondo una problemática. Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos presentan mayores riesgos para la salud.

➤ **INDICADORES DE SALUD DEL ADULTO**

La tasa de mortalidad en el grupo de 20 a 44 años de edad es de 13.9 defunciones por 1.000 habitantes.

La tasa de mortalidad en el grupo de 45 a 64 años es de 63.8 defunciones por 1000 habitantes. En ambos grupos etarios, la tasa de defunciones es mayor en la comuna respecto a la provincia y país.

AÑO 2014

Mortalidad de los Adultos(as)						
COMUNAS	Total		20 a 44		45 a 64	
	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa
Osorno	322	33,7	80	13,9	242	63,8
SSO	465	33,3	113	13,8	352	61,1
Chile	26.411	24,6	6.539	10	19.872	47,3
Tasa por 10.000 habitantes. Fuente: DEIS - Minsal						

Las principales causas de muerte para el grupo de 20 a 64 años en la Comuna de Osorno son:

- Las enfermedades del sistema circulatorio
- Los tumores
- Aparato digestivo

MORTALIDAD 2014						
GRUPO DE CAUSAS	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N° Def.	Tasa	N° Def.	Tasa	N° Def.	Tasa
Enf. Aparato Circulatorio (I00-I99)	152	2	159	2	311	2
Tumores (C00-D48)	130	1,7	129	1,6	259	1,7
Causas Externas (V00-Y98)	72	0,9	21	0,3	93	0,6
Enf. Aparato Respiratorio (J00-J99)	50	0,7	66	0,8	116	0,7
Enf. Aparato Digestivo (K00-K93)	81	1,1	28	0,4	109	0,7
Enf. Endocrinas, Nutr. y Metab. (E00-E99)	24	0,3	26	0,3	50	0,3
Mal Definidas (R00-R99)	12	0,2	12	0,2	24	0,2
Sistema Nervioso (G00-G99)	17	0,2	16	0,2	33	0,2
Trastornos Mentales (F00-F99)	7	0,1	12	0,2	19	0,1
Enf. Infecciosas y Parasitarias (A00-B99)	18	0,2	13	0,2	31	0,2
Enf. Aparato Genitourinario (N00-N99)	17	0,2	29	0,4	46	0,3
Afecciones Período Perinatal (P00-P96)	4	0,1	1	0	5	0
Malformaciones Congénitas (Q00-Q99)	8	0,1	5	0,1	13	0,1
Total Otras Causas	7	0,1	10	0,1	17	0,1
Total Defunciones	599	7,8	527	6,5	1.126	7,2
Tasas por 1.000 Hab.						
Fuente: DEIS – Minsal – DEGI						

En AVISA adultos de 20 a 44 años al igual que en la población adolescente, se mantienen como subgrupos más importantes las condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades digestivas, pero en tercer lugar aparecen las enfermedades cardiovasculares.

AVISA* ordenados por magnitud de Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	447.923	30,20%
Enf. Digestivas	254.290	17,10%
Enf Cardiovasculares	176.786	12,10%
Lesiones No Intencionales	146.191	10,80%
Lesiones Intencionales	95.988	6,90%
Enf. Musculoesqueléticas	82.127	5,50%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

La primera causa específica de pérdida de AVISA en este grupo es la enfermedad hipertensiva del corazón, seguida por los trastornos depresivos unipolares y dependencia del alcohol. El patrón de causas específicas por sexo también es diferente



- En hombres las primeras causas son la Dependencia de alcohol y Enfermedad hipertensiva del corazón
- En mujeres son los Trastornos depresivos unipolares y los Trastornos de las vías biliares y vesícula

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004	AVISA	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
Enfermedad hipertensiva del corazón	147.287	Dependencia al alcohol	87.380	Trastornos depresivos unipolares	83.866
Trastornos depresivos unipolares	126.974	Enfermedad hipertensiva del	82.918	Trastornos de las vías biliares y vesícula	66.100
Dependencia al alcohol	101.581	Accidentes de Tránsito	50.961	Enfermedad hipertensiva del corazón	64.369
Trastornos de las vías biliares y vesícula	87.282	Cirrosis Hepática	50.859	Agresiones	36.643
Accidentes de Tránsito	69.702	Trastornos depresivos	43.108	Infertilidad femenina, masculina y de la	28.950
Agresiones	69.146	Agresiones	32.503	Úlcera péptica	28.568
Cirrosis Hepática	65.404	Úlcera péptica	28.897	Trastornos ansiosos	27.969

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

En AVISA adultos de 45 a 59 años, el primer lugar lo ocupa el subgrupo de enfermedades digestivas, seguidas por la condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades cardiovasculares

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Enf. Digestivas	131.114	17,60%
Condiciones Neurosiquiátricas	121.465	16,30%
Enf Cardiovasculares	115.744	15,50%
Enf. Órganos de los sentidos	72.104	9,70%
Neoplasias Malignas	67.306	9,00%
Enf. Musculoesqueléticas	67.076	9,00%

Las causas específicas más importantes son la enfermedad hipertensiva del corazón, la cirrosis hepática y los trastornos de las vías biliares y vesícula.

La enfermedad hipertensiva del corazón es la primera causa en ambos sexos; en hombres destaca que la cirrosis hepática y en mujeres el edentulismo.

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004	AVISA	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
Enfermedad hipertensiva del corazón	64.672	Enfermedad hipertensiva del corazón	29.720	Enfermedad hipertensiva del corazón	34.952
Cirrosis Hepática	38.206	Cirrosis Hepática	29.048	Trastornos de las vías biliares y vesícula	23.994
Trastornos de las vías biliares y vesícula	32.919	Diabetes tipo II	16.662	Edentulismo	14.919
Diabetes tipo II	30.655	Enf. Isquémica del corazón	14.900	Trastornos depresivos unipolares	14.439
Trastornos de la Visión relacionados con la edad	27.374	Trastornos de la Visión relacionados con la edad	13.498	Diabetes tipo II	13.993
Edentulismo	20.195	Accidentes de Tránsito	11.925	Trastornos de la Visión relacionados con la edad	13.876
Trastornos depresivos unipolares	20.124	Dependencia al alcohol	10.221	Trastornos ansiosos	12.304

➤ **CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD DEL ADULTO**

La **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** es la principal causa específica de carga de enfermedad en población adulta, tanto en hombres como en mujeres y es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible en Chile (Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007).

Según la ENS 2010, el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada.

En población de 25 a 44 años la prevalencia de HTA esperada es de un 13% y de 45 a 64 años de un 43.8%

Las poblaciones con niveles educacionales bajos presentan una mayor prevalencia de HTA siendo de

un 51,1%, mientras que los niveles medios y altos solo 22,8% y 16,7% respectivamente.



El Ministerio de Salud con fines evaluativos de Metas Sanitarias, incorpora el indicador de **Cobertura Efectiva HTA** que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con HTA "controladas" o "compensadas" (PA<140/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011, se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva se construye con el

número de personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90 mmHg bajo control del total de personas de 15 y más años hipertensas estimadas según prevalencia (15,7% para población entre 15 y 64 años y de 64.3% para 65 años y más) y el MINSAL espera que éste indicador sea superior al 50%.

La **DIABETES** es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud.

La principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Por otro lado, la diabetes es la principal causa de ceguera en adultos entre los 20 y 74 años, mientras que el 35,4% de los ingresos a hemodiálisis por enfermedad renal crónica terminal corresponde a pacientes diabéticos (Poblete,2010). Entre un 60% y un 70% de las personas con diabetes tiene neuropatía, y se estima que entre el 40% y 70% de las amputaciones de extremidades inferiores se relacionan con esta enfermedad (OMS,2015).

La prevalencia estimada de diabetes por la Encuesta Nacional de Salud 2010, es de 9,4% en población mayor a 15 años, tres puntos porcentuales más alta que la prevalencia informada por la misma encuesta realizada en 2003 (ENS 2003; ENS 2010).

La prevalencia aumenta con la edad: 0,4% en el rango de 15-24 años, 3,8% en los de 25-44 años, 16,9% en los de 45-64 años y 25,8% en los de 65 y más años.

También existe una gradiente educacional con prevalencias significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,5%) respecto a los niveles medio y alto (7,1% y 6,2% respectivamente).

Osorno, actualmente presenta una cobertura de Diabéticos(as) de más de 15 años de 73.5%, vale decir se controlan 10163 usuarios, de una prevalencia estimada de 13.924

El Ministerio de Salud con fines evaluativos de metas sanitarias y además no solo mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición incorpora el indicador de Cobertura Efectiva que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con DM2 "controladas" o "compensadas" (HbA1c<7%), y el número total de personas con DM2 estimadas según prevalencia (10,0% para población entre 15 y 64 años y de 25,0% para 65 años y más). El MINSAL tiene como meta país alcanzar sobre un 22% en éste indicador.

Osorno presenta una de Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2 en población mayor de 15 años, de 32% según prevalencia esperada (22% meta país) y de 43,3% del total de Diabético(as) en control.

Sin duda obtener éstos logros, que lideran a nivel nacional, requiere un trabajo sostenido, con equipos altamente capacitados y comprometidos con sus usuarios, los que a su vez deben estar alertas para reinventar estrategias para continuar éstos indicadores



➤ **INDICADORES DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. El envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a una menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto de los hombres

En el año 2015, la tasa de mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad en de 47.7 defunciones por 1.000 habitantes cifra mayor a la presentada por el país y la provincia. Al comparar por sexo, son los hombres los que presentaron una tasa de mortalidad.

Mortalidad de los Adultos(as) Mayores						
	Total		65 a 79		80 y más	
COMUNAS	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa	Nº Def	Tasa
Osorno	776	47,7	366	28	410	128
SSO	1.175	46,3	546	26,7	629	127,5
Chile	72.487	40,5	32.135	22,6	40.352	109,2
Tasa por 1.000 habitantes. Fuente: DEIS – Minsal						

A continuación, las gráficas y comentarios se refieren a población adulta y adulta mayor.

El año 2015, en el país hubo un total de 103.327 defunciones, que correspondieron, en promedio, a 283 defunciones diarias. Un 53% de ellas fueron muertes masculinas y un 47%, muertes femeninas, lo que refleja una sobremortalidad de hombres. En relación con 2014 (101.960 defunciones en total y 279 diarias en promedio), el número total de defunciones aumentó un 1,3%.

- El 70% de las defunciones totales se debieron a solo cuatro grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (27% del total), tumores malignos (25%), enfermedades del sistema respiratorio (10%) y causas externas de morbilidad y de mortalidad (8%).

Estas causas de muerte tienen un comportamiento diferenciado según sexo y edad:

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte a nivel nacional y, en 2015, provocaron el fallecimiento de 28.321 personas (14.231 hombres y 14.090 mujeres), lo que representa un aumento de un 1% en relación con 2014. Estas enfermedades afectan principalmente a la población adulta. En las mujeres se manifiestan a edades más elevadas que en los hombres, en tanto que en ellos se distribuyen en un rango de edades más amplio. En el 2015 el 50% de las defunciones por éstas causas ocurren después de los 75 años en los hombres y de los 84 en el caso de las mujeres

Los tumores malignos (cáncer) son la segunda causa de muerte a nivel nacional y tienen mayor incidencia en las edades avanzadas en ambos sexos: en 2015, el 70% de estas muertes ocurrieron en personas de 65 años o más.

Asimismo, provocaron más muertes en hombres que en mujeres: 13.503 y 12.261 defunciones, respectivamente.

- Las defunciones provocadas por cáncer aumentaron un 3% (752 casos) en 2015 en relación con el año anterior. Esta alza se explicó, en gran medida, por el envejecimiento de la población, dado que la proporción de personas que llega a edades avanzadas crece al sortear con mayor facilidad las enfermedades infectocontagiosas que antes provocaban, por ejemplo, una alta mortalidad infantil. A esto último han contribuido los avances médicos y sociales que ha experimentado el país de la época del 60 en adelante.

La tercera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio. Estas aumentan su prevalencia al inicio (menores de un año) y al final de la vida (sobre los 70 años), y tienen una distribución similar en ambos sexos. En 2015 causaron 9.934 defunciones en el país; de ellas, 5.018 fueron hombres (50,5%) y 4.916 correspondieron a mujeres (49,5%)

En las causas externas de mortalidad, la cuarta con mayor incidencia en el país, es evidente la sobremortalidad masculina, en especial desde los 15 hasta los 80 años de edad, aproximadamente, lo que influye en forma directa en la mayor cantidad de mujeres en edades avanzadas que hay en el país con respecto a los hombres. La sobremortalidad masculina también se aprecia, pero a menor escala, antes del primer año de vida; de hecho, en 2015, de las 39 muertes de menores de un año que hubo, un 67% correspondieron a hombres.

Ese mismo año, esta causa provocó la muerte de 5.908 hombres y de 1.961 mujeres en total, cifras que, en comparación con 2014, implicaron aumentos de 0,4% y 5,2%, respectivamente.

COMPROMISO DE LA FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR: En el país, desde un pasado con enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (unimórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad; se ha pasado a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultánea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad (Vergara G., 2006).

Es difícil determinar la frontera entre envejecimiento normal y patológico, sin embargo, es bastante claro que en el proceso de envejecimiento se estrecha notablemente la reserva funcional de cada órgano y sistema, de tal modo que pequeñas injurias o desbalances, generan más rápidamente una insuficiencia (Guijarro J., 1999). Lo más relevante es que la enfermedad en el adulto mayor, se hace presente a través de la pérdida de funcionalidad, siendo éste el nodo común al que confluyen las diversas patologías (Landi et al., 2010).

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia.



El objetivo primordial del enfoque geriátrico es la mantención y mejoría de la funcionalidad, ya que este es el mejor indicador de salud en el adulto mayor (Beswick A. et al., 2008).

La población de adultos mayores en control en establecimientos de salud de la comuna es de 12232 personas, cifra que corresponde al 68.5% del total de inscritos en este grupo de edad, de los cuales el 7749 corresponde a mujeres y 4573 a hombres.

La funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida no solo dependen de los procesos biológicos inherentes al envejecimiento, sino también del contexto social y económico en el cual éste se vive.

Hoy en día la dependencia presente en los adultos mayores chilenos es producto de una cadena de hechos acontecidos al largo de sus vidas. Observamos como la escasa educación es un factor de riesgo de padecerla, situación que no es modificable en esta etapa. A este determinante social se suma como factor de riesgo la presencia de una o más enfermedades crónicas, como son la Diabetes tipo 2 y los Accidentes Vasculares

Los adultos mayores, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar múltiples enfermedades crónicas, de tal manera que el status de enfermo es permanente y, en la mayoría de los casos, definitivo. Sobre esta condición se superponen eventos agudos de los adultos mayores, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar múltiples enfermedades crónicas, de tal manera que el status de enfermo es permanente y, en la mayoría de los casos, definitivo. Sobre esta condición se superponen eventos

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD SEXUAL SOBRE LOS 60 AÑOS:



En la II Encuesta de Calidad de Vida, realizada por el Ministerio de Salud y el INE en el año 2006, se destacan temas de gran importancia para los adultos mayores, dos de estos temas son la actividad física y la sexualidad, destacando el hecho de que el 55,8% de las personas entre 65 y 74 años camina bastante y el 53,9% declaró tener una pareja sexual.



Enfermedades de Notificación Obligatoria 2016

Número y Tasas de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna Osorno-SSO, Año 2016

Comunas/Diagnóstico Grupo MINSAL	Osorno	
	Nº	Tasa
Gonorrea (A54.0-A54.9)	123	77,9
Sífilis (A50.0-A53.9)	55	34,8
VIH-SIDA (B20-B24, Z21)	45	28,5
Tuberculosis (A15.0-A19.9)	31	19,6
Parotiditis (B26.0-B26.9)	17	10,8
	14	8,9
Tos Ferina (A37.0-A37.9)		
Hepatitis B (B16.0-B16.9, B17.0, B18.0-B18.1)	8	5,1
Hepatitis C (B17.1, B18.2)	4	2,5
Resto Hepatitis (B15, B17.2-B17.8, B18.8-B18.9, B19)	2	1,3
Infección por Hantavirus (Síndrome Pulmonar)		-
Infecciones Meningococicas (A39.0-A39.9)	1	0,6
Resto de Enfermedades	13	8,2
Total	313	

Fuente: Base ENO Epidemiología, Oficina Provincial Osorno. Seremi Los Lagos

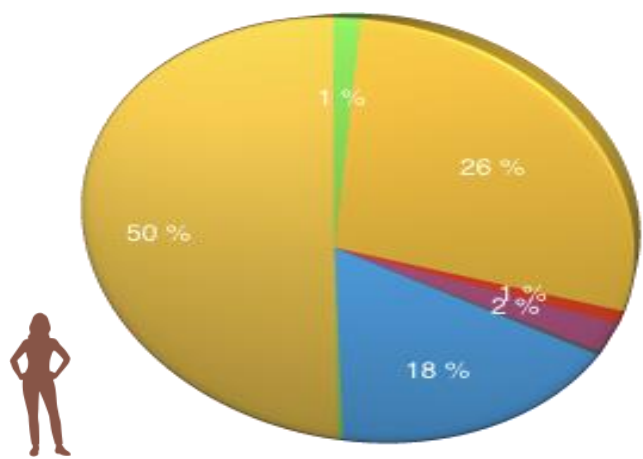
Tasa x 100.000 Habitantes. INE - Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020.

INDICADORES DE PRODUCCION Y POBLACIÓN

A continuación, se presentan estadísticas basadas en la serie REM A y REM P de fuente Servicio de Salud Osorno años 2018, enero – septiembre y serie población Junio 2018.

CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENERO-SEPTIEMBRE 2018 COMUNA OSORNO	
TIPO DE CONTROL	TOTAL
PRE-CONCEPCIONAL	453
PRENATAL	8304
POST PARTO Y POST ABORTO	305
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO HASTA 10 DÍAS DE VIDA	717
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO ENTRE 11 y 28 DÍAS	102
GINECOLÓGICO	5705
CLIMATERIO	108
REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	15774

Distribución de tipo de controles realizados 2018 en salud sexual



CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
 DE SALUD	MÉDICO	1974	957	1017
	ENFERMERA /O	21304	10135	11169
	MATRONA /ÓN	2164	808	1356
	TÉCNICO PARAMÉDICO	1		1
TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	24091	8519	15572
	ENFERMERA /O	11345	3898	7447
	NUTRICIONISTA	4909	1512	3397
	TÉCNICO PARAMÉDICO	25	12	13
DE TUBERCULOSIS	MÉDICO	79	59	20
	ENFERMERA /O	50	32	18
SEGUIMIENTO AUTOVALENTE CON RIESGO	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	125	51	74
SEGUIMIENTO RIESGO DEPENDENCIA	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	113	32	81

CONTROLES DE SALUD ADOLESCENTE(CLAP) ENERO SEPTIEMBRE

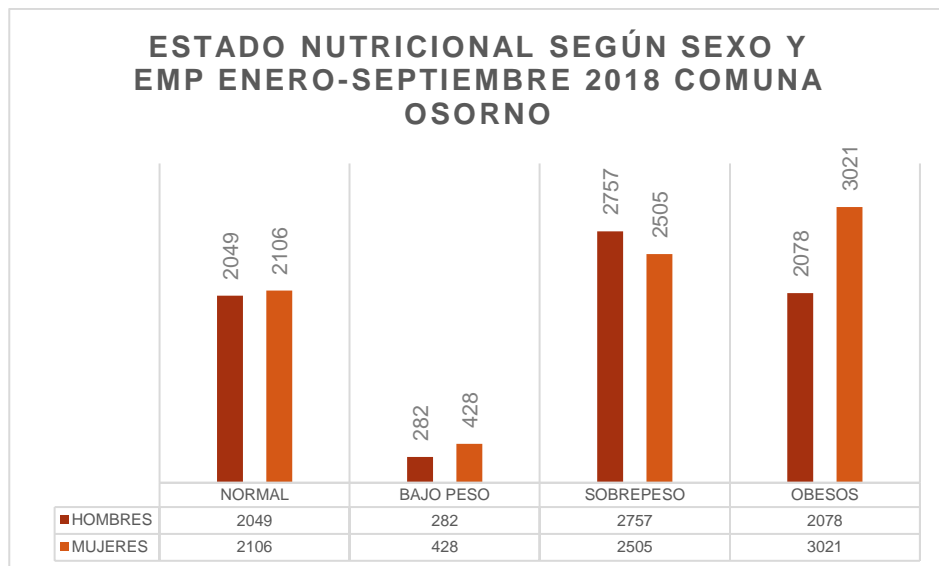
TOTAL CONTROLES CLAP	1856
----------------------	------



EMP REALIZADO POR PROFESIONAL ENERO SEPTIEMBRE 2018

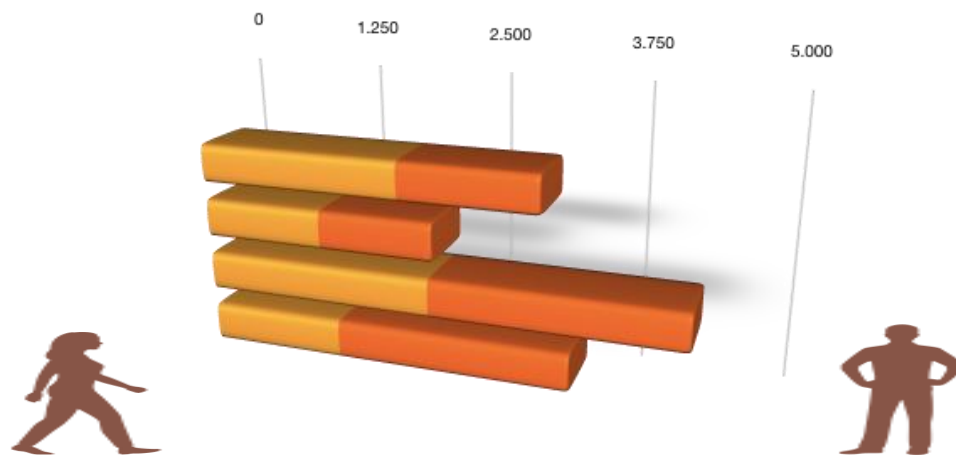
PROFESIONAL	Ambos Sexos	TOTAL	
		Hombres	Mujeres
TOTAL	15226	7164	8062
MÉDICO	377	251	126
ENFERMERA /O	9506	4259	5247
MATRONA /ÓN	1262	310	952
NUTRICIONISTA	1556	1012	544
OTRO PROFESIONAL	2419	1277	1142
TÉCNICO PARAMÉDICO	106	55	51

ESTADO NUTRICIONAL	Ambos Sexos	TOTAL	
		Hombres	Mujeres
TOTAL	15226	7166	8060
NORMAL	4155	2049	2106
BAJO PESO	710	282	428
SOBREPESO	5262	2757	2505
OBESOS	5099	2078	3021



ESTADO DE SALUD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
TABAQUISMO	3069	1840	1229
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA (= >140/90 mmHg)	2136	1102	1034

ESTADO DE SALUD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
GLICEMIA ALTERADA (= > a 100 mg/dl)	4298	2091	2207
COLESTEROL ELEVADO (= > 200 mg/dl)	3321	1234	2087



CONSULTAS ABREVIADAS ENERO SEPTIEMBRE SEGÚN PROFESIONAL

PROFESIONAL	TOTAL
MÉDICO	5368
MATRONA	3148



INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNOSTICO POR MÉDICO ENERO SEPTIEMBRE 2018

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
I.R.A. ALTA	399	192	207
INFLUENZA	4	1	3
NEUMONÍA	448	201	247
COQUELUCHE	2	2	0
BRONQUITIS OBSTRUCTIVA AGUDA	955	466	489
OTRAS IRAS BAJAS	1045	501	544
EXACERBACIÓN SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	32	16	16
EXACERBACIÓN ASMA	328	125	203
EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	79	34	45
EXACERBACIÓN FIBROSIS QUÍSTICA	0	0	0
EXACERBACIÓN OTRAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS	38	12	26
TOTAL	3330	1550	1780

CONSULTAS MÉDICAS ENERO SEPTIEMBRE SEGÚN DIAGNOSTICOS

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	65867	24388	41479
IRA ALTA	1004	424	580
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	214	130	84
NEUMONÍA	69	24	45
ASMA	104	49	55
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	2	1	1
OTRAS RESPIRATORIAS	1754	706	1048
OBSTETRICA	7		7
GINECOLÓGICA	1		1
GINECOLÓGICA POR INFERTILIDAD	0	0	0
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	2	1	1
VIH-SIDA	0	0	0
SALUD MENTAL	1759	534	1225
CARDIOVASCULAR	515	152	363
OTRAS MORBILIDADES	60436	22367	38069

CONSULTAS PROFESIONALES NO MÉDICOS ENERO SEPTIEMBRE 2018

PROFESIONAL	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
ENFERMERA /O	15146	6401	8745
MATRONA /ÓN (MORB.GINECOLÓGICA)	6459	21	6438
MATRONA /ÓN (ITS)	113	27	86
MATRONA /ÓN (INFERTILIDAD)	25	1	24
MATRONA /ÓN (OTRAS CONSULTAS)	1227	184	1043
NUTRICIONISTA	7621	2707	4914
PSICÓLOGO/A	3473	1130	2343
FONOAUDIÓLOGO	390	279	111
TERAPEUTA OCUPACIONAL	903	607	296
TECNÓLOGO MÉDICO (EXCLUYE UAPO)	0	0	0
ASISTENTE SOCIAL	6789	2075	4714

CONSULTAS ANTICONCEPCIÓN EMERGENCIA ENERO-SEPTIEMBRE 2018

CONSULTAS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	136
--	-----

INGRESO CRÓNICO SEGÚN DIAGNÓSTICO (SOLO MÉDICO) ENERO-SEPTIEMBRE 2018

		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	Leve	35	14	21
	Moderado	6	2	4
	Severo	1	0	1
ASMA BRONQUIAL	Leve	269	131	138
	Moderado	155	60	95
	Severo	22	12	10
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	Tipo A	70	37	33
	Tipo B	10	5	5
OTRAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS		72	23	49
TOTAL		646	284	362

CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA ENERO SEPTIEMBRE 2018

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
MÉDICO	233	79	154

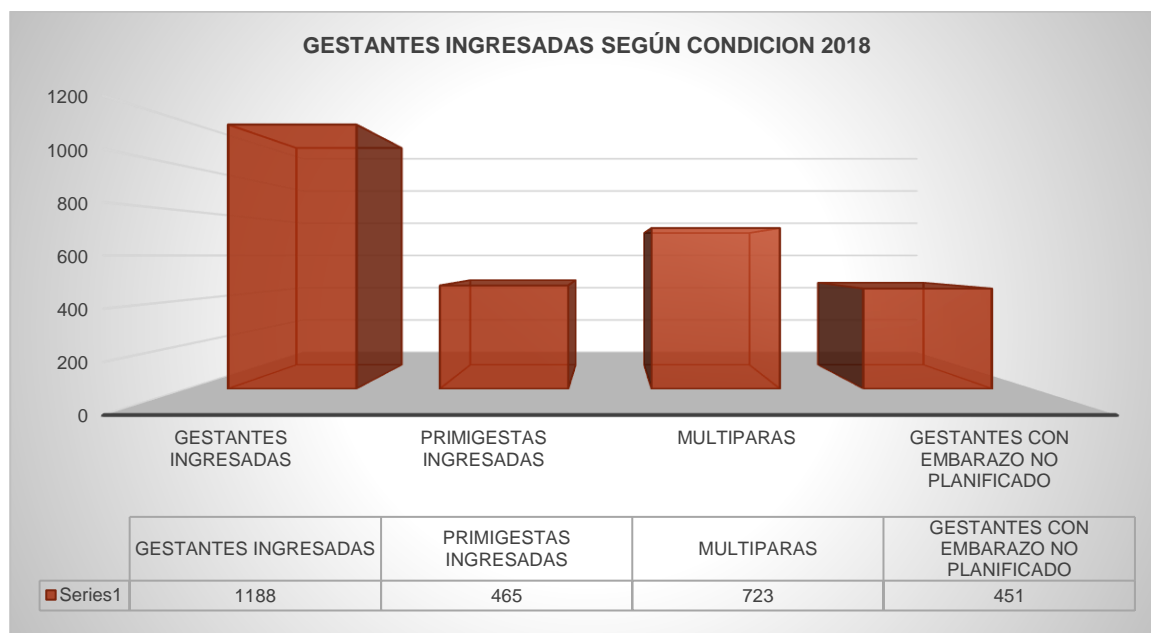
CONTROLES SALAS IRA-ERA ENERO-SEPTIEMBRE 2018

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
MÉDICO	3384	1452	1932
ENFERMERA	1001	305	696
KINESIÓLOGO	3174	1144	2030
TOTAL	7559	2901	4658

INGRESOS GESTANTES A CONTROL PRENATAL SEGÚN CONDICIÓN ENERO-SEPTIEMBRE 2018

CONDICIÓN	TOTAL
GESTANTES INGRESADAS	1188
PRIMIGESTAS INGRESADAS	465
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	1047
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	929
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	451
GESTANTES CON EXAMEN DE CHAGAS INFORMADO	1

En la gráfica se aprecia que del total de embarazadas ingresadas a control prenatal el 39% es primigesta y el 38% ingresa con embarazo no planificado



INGRESOS A REGULACIÓN FECUNDIDAD ENERO SEPTIEMBRE 2018 SEGÚN MAC

TOTAL REGULACIÓN DE FERTILIDAD		2129
DIU T DE COBRE		193
DIU MEDICADO		5
HORMONAL	ORAL COMBINADO	403
	ORAL PROGESTÁGENO	174
	INYECTABLE COMBINADO	370
	INYECTABLE PROGESTÁGENO	554
	IMPLANTE	279
SÓLO PRESERVATIVO	MUJER	84
	HOMBRES	67
MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD MÁS PRESERVATIVOS		316

INGRESOS PSCV 2018	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	1909	827	1082
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	795	377	418
DIABETES MELLITUS	549	231	318
DISLIPIDEMIA	1139	483	656
ANTECEDENTES ENF. CARDIOVASCULAR ATEROSCLERÓTICA	146	85	61
TABAQUISMO	138	66	72

INGRESOS SALUD MENTAL:



En relación a los ingresos de salud mental, podemos decir que se intenciona tener agendas disponibles para los usuarios que lo requieran. Situación que se vuelve compleja, sobre todo en invierno, en el que se deben adoptar medidas para absorber la demanda principalmente respiratoria. No obstante se ha ido avanzando, para programar de acuerdo a la prevalencia, y en ese sentido cobra vital importancia el médico de familia y el equipo de cabecera

		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
INGRESOS AL PROGRAMA salud mental		2039	667	1372
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL				
VIOLENCIA	VICTIMA	131	9	122
	AGRESOR / A	34	30	4
ABUSO SEXUAL		14	4	10
PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES		1836	614	1222
DEPRESIÓN LEVE		154	38	116

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	DEPRESIÓN MODERADA	428	80	348
	DEPRESIÓN GRAVE	59	16	43
	DEPRESIÓN POST PARTO			9
	TRASTORNO BIPOLAR	8	2	6
	DEPRESIÓN REFRACTARIA	1	0	1
	DEPRESIÓN GRAVE CON PSICOSIS	5	2	3
	DEPRESIÓN CON ALTO RIESGO SUICIDA	7	2	5
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	115	87	28
	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL	22	17	5
	POLICONSUMO	17	8	9
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	TRASTORNO HIPERCINÉTICOS	27	20	7
	TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA	2	2	0
	TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA	4	1	3
	OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	347	184	163
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		564	128	436
OTRAS DEMENCIAS (INCLUYE ALZHEIMER)	LEVE	11	6	5
	MODERADO	11	1	10
	AVANZADO	15	5	10
ESQUIZOFRENIA		2	1	1
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		6	2	4
RETRASO MENTAL		21	11	10
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		63	11	52
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO		8	4	4
OTRAS		157	47	110

CONTROLES SALUD MENTAL ENERO SEPTIEMBRE 2018 SEGÚN SEXO

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
CONTROLES SALUD MENTAL	15009	4321	10688

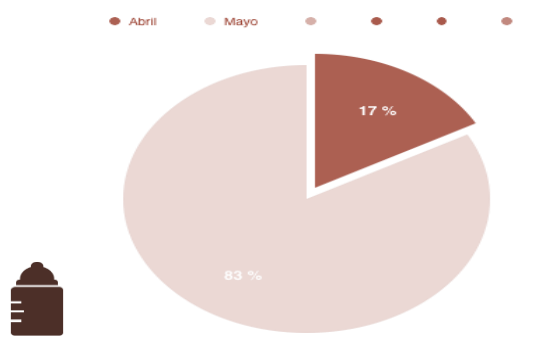
INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		6706	3445	3261
INDICADOR PESO/EDAD	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	435	234	201
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	1153	593	560
	TOTAL	1588	827	761
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	239	132	107
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	23	18	5
	TOTAL	262	150	112
INDICADOR PESO/TALLA	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	891	489	402
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	1869	953	916
	TOTAL	2760	1442	1318
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	122	60	62
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	16	7	9
	TOTAL	138	67	71
INDICADOR TALLA/EDAD	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	95	49	46
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	774	385	389
	TOTAL	869	434	435
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	927	507	420
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	135	89	46
	TOTAL	1062	596	466
	PROMEDIO (-0,9 A + 0,9)	2785	1436	1349
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL *	126	69	57
	DESNUTRIDO	21	13	8
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1861	952	909
	OBESO	887	488	399
	OBESO SEVERO			
	NORMAL	3746	1888	1858
	SUBTOTAL	6641	3410	3231
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	1	0	1
	T O T A L	6642	3410	3232

Resultados test Desarrollo Psicomotor ambos sexos enero-septiembre 2018

APLICACIÓN TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR		3440
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	2661
	NORMAL CON REZAGO	200
	RIESGO	192
	RETRASO	45
REEVALUACIÓN	NORMAL (de normal con rezago)	102
	NORMAL (de riesgo)	86
	NORMAL (retraso)	12
	NORMAL CON REZAGO (de riesgo)	13
	NORMAL CON REZAGO	42
	RIESGO	65
	RETRASO	21
DERIVADOS A ESPECIALIDAD	RIESGO	15
	RETRASO	26

Fuente.sso.cl

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RESULTADO TEST DSM



POBLACION BAJO CONTROL SEGÚN PROGRAMAS

MÉTODOS	TOTAL
D . I . U T con Cobre	4952
D . I . U con Levonorgestrel	17
HORMONAL	
Oral Combinado	2925
Oral Progestágeno	1129
Inyectable Combinado	2644
Inyectable Progestágeno	2571
Implante Etonogestrel (3 años)	2597
Implante Levonorgestrel (5 años)	38
SÓLO PRESERVATIVO MAC	
Mujer	758
Hombres	132
PRESERVATIVO/PRACTICA SEXUAL SEGURA	
Mujer	929
ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA	
Mujer	58
TOTAL	18750

PROGRAMAS		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)	LEVE	104	56	48
	MODERADO	72	41	31
	SEVERO	2	1	1
ASMA BRONQUIAL	LEVE	2252	926	1326
	MODERADO	1425	519	906
	SEVERO	299	122	177
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	TIPO A	680	284	396
	TIPO B	105	62	43
OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS		507	158	349
OXIGENO DEPENDIENTE		36	19	17
ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA O INVASIVA		0	0	0
FIBROSIS QUÍSTICA		0	0	0
EPILEPSIA		420	220	200
GLAUCOMA		308	109	199
ENFERMEDAD DE PARKINSON		143	67	76
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA		3306	898	2408
ALIVIO DEL DOLOR		20	7	13
HIPOTIROIDISMO		2816	342	2474
DEPENDENCIA LEVE		1375	480	895
DEPENDENCIA MODERADA		308	107	201
DEPENDENCIA SEVERA	ONCOLÓGICA	20	7	13
	NO ONCOLÓGICA	483	201	282
	CON ESCARAS (*)	72	35	37
ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DEPENDENCIA SEVERA	TOTAL PERSONAS	502	208	294
	TOTAL PERSONAS CON ESCARAS	55	29	26
	TOTAL PERSONAS CON CUIDADOR QUE RECIBE APOYO MONETARIO	159	79	80

		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		25459	9566	15893
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	9730	2965	6765
	MODERADO	4496	2043	2453
	ALTO	11233	4558	6675
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	18482	7317	11165
	DIABETICOS	9103	3486	5617
	DISLIPIDEMICOS	18077	6382	11695
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	1505	655	850
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	978	523	455
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	1312	676	636
DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	12059	4421	7638
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	924	328	596
	ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	479	178	301
	ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	285	83	202
	ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	92	21	71
	ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	22	9	13
	TOTAL	13861	5040	8821

ADULTO MAYOR	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	4909	2056	2853
AUTOVALENTE CON RIESGO	4082	1487	2595
RIESGO DE DEPENDENCIA	1680	500	1180
SUBTOTAL (EFAM)	10671	4043	6628
DEPENDIENTE LEVE	1499	512	987
DEPENDIENTE MODERADO	277	98	179
DEPENDIENTE GRAVE	175	65	110
DEPENDIENTE TOTAL	215	86	129
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	2166	761	1405
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	12837	4804	8033

SALUD MENTAL		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA		10653	2998	7655
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL				
VIOLENCIA	VICTIMA	1085	113	972
	AGRESOR/A	237	183	54
ABUSO SEXUAL		39	2	37
PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES		9479	2730	6749
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	DEPRESIÓN LEVE	868	159	709
	DEPRESIÓN MODERADA	2833	416	2417
	DEPRESIÓN GRAVE	280	73	207
	DEPRESIÓN POST PARTO	23		23
	TRASTORNO BIPOLAR	21	6	15
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	749	629	120
	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL	84	57	27
	POLICONSUMO	94	77	17
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	TRASTORNO HIPERCINÉTICO	143	117	26
	TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA	16	12	4
	TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA	28	15	13
	OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	724	379	345
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		3544	685	2859
OTRAS DEMENCIAS (INCLUYE ALZHEIMERR)	LEVE	102	29	73
	MODERADO	27	6	21
	AVANZADO	54	16	38
ESQUIZOFRENIA		34	15	19
PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA CON OCUPACION REGULAR		0	0	0
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		73	17	56
RETRASO MENTAL		276	106	170
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		319	55	264
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO		18	14	4
OTRAS		269	82	187

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL		
N° FAMILIAS INSCRITAS	67477		
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	18392		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	7245		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	7638		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	3457		
CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL		
N° FAMILIAS INSCRITAS	832		
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	822		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	412		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	21		
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	63		

AREAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES	Ambos sexos	Hombre	Mujer
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	132	60	72
IDEACIÓN SUICIDA	42	7	35
INTENTO SUICIDA	15	2	13
CONSUMO ALCOHOL Y DROGAS	101	73	28
NUTRICIONAL	540	229	311
OTRO RIESGO	223	99	124

GRUPOS DE EDAD (en años)	MUJERES con PAP Vigente (Menor o igual a 3 años)
25 a 29 años	3254
30 a 34 años	2713
35 a 39 años	2595
40 a 44 años	2793
45 a 49 años	2831
50 a 54 años	2786
55 a 59 años	2166
60 a 64 años	1663
TOTAL	20801

	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
N° TOTAL DE POBLACIÓN POTENCIAL SENAME	134	70	64



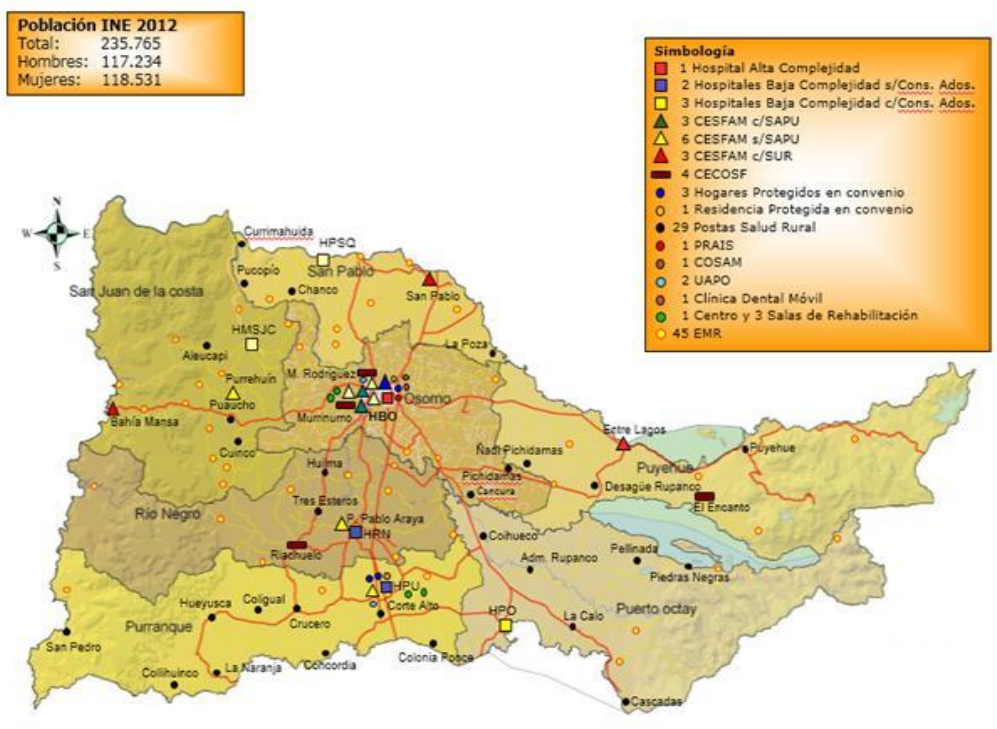
- **SITUACION DE ATENCION
PRIMARIA DE SALUD
OSORNO**

SECCION III



RED DE SALUD COMUNAL DE OSORNO

La APS de Osorno con sus CESFAM, CECOSF, Postas Rural, Equipo Rural y Unidades de Apoyo se encuentra integradas y formando parte de la red asistencial del Servicio de Salud Osorno, contando con el Hospital Base San José como el establecimiento de alta complejidad, a donde se derivan los pacientes cuyas necesidades no pueden ser resueltas y satisfechas por el nivel primario de Atención.



RED DE SALUD OSORNO
HOSPITAL BASE SAN JOSE OSORNO / UNIDAD DE EMERGENCIA/SAMU
CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO
CENTRO DE SALUD MENTAL
COSAM (2)
CENTRO DIURNO ATENCION PACIENTES CON DEMENCIA
MUTUAL DE SEGURIDAD
ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD
INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL ESTADO
CENTROS DE SALUD FAMILIAR (6) CESCOF (2)
SAPU (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA)(3)
POSTAS DE SALUD RURAL (2) / ESTACIONES MEDICO RURALES (3)
LABORATORIO CLINICO BÁSICO

UNIDAD ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)
UNIDAD MÉDICA MOVIL DE ATENCION DOMICILIARIA (UMMAD)
MODULO DE ATENCIÓN DENTAL INCREMENTAL
CLÍNICA DENTAL MÓVIL
CENTROS MÉDICOS PRIVADOS (5)

RED SALUD ATENCION PRIMARIA OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. MARCELO LOPETEGUI
CENTRO DE SALUD FAMILIAR RAHUE ALTO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR QUINTO CENTENARIO
CENTRO DE SALUD PAMPA ALEGRE
CENTRO DE SALD FAMILIAR DR. PEDRO JAUREGUI
CENTRO DE SALUD FAMILIAR OVEJERIA
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR MURRINUMO
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR M. RODRIGUEZ
SAPU RAHUE ALTO
SAPU DR. P. JAUREGUI
SAPU DR. M. LOPETEGUI
POSTA DE SALUD RURAL PICH DAMAS
POSTA DE SALUD FAMILIAR CANCURA
ESTACION MEDICA RURAL PICHIL
ESTACION MEDICA RURAL LA FLORIDA
ESTACION MEDICA RURAL FORRAHUE
MODULO DENTAL CONVENIO JUNAEB
2 CLINICA DENTAL MOVIL
1 CLÍNICA GINECOLÓGICA MOVIL
LABORATORIO CLINICO BASICO DE APS
CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA
UNIDAD MEDICA MOVIL DE ATENCION DOMICILIARIA (UMMAD)
UNIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA MUNICIPAL
UNIDAD ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)
SALAS DE REHABILITACION BASE COMUNITARIA (SRBC 4) SALA RIO (2)
CALL CENTER
BIENESTAR DEPARTAMENTO DE SALUD

CARTERA DE SERVICIO

El Decreto N° 35, del Ministerio de Salud, publicado con fecha 31 de Enero de 2017, determina el aporte estatal a las entidades administradoras de Atención Primaria de Salud, año 2017. En él se establecen las acciones de salud, contextualizadas en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, como parte de las redes integradas de Servicios de Salud basadas en atención primaria, que integra un conjunto de prestaciones contenidas en los programas de salud para las diversas etapas o necesidades de las personas en su curso de vida, conforme a continuación se indican:

SALUD DEL NIÑO/ÑA
1. Control de Salud del niño sano
2. Evaluación del Desarrollo Psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de Lactancia Materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta morbilidad
8. Control enfermedades crónicas
9. Consulta por Déficit del Desarrollo Psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta y consejería en Salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención en Domicilio
15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales

SALUD DEL ADOLESCENTE
16. Control de salud
17. Consulta Morbilidad
18. Control crónico
19. Control Prenatal
20. Control de Puerperio
21. Control de regulación de fecundidad
22. Consejería en salud sexual y reproductiva
23. Control ginecológico preventivo
24. Educación grupal
25. Consulta Morbilidad obstétrica
26. Consulta Morbilidad ginecológica
27. Intervención psicosocial
28. Consulta y/o consejería en Salud Mental
29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
30. Atención en domicilio.
31. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales

SALUD DE LA MUJER

- 32. Control prenatal
- 33. Control puerperio
- 34. Control de regulación de fecundidad
- 35. Consejería en salud sexual y reproductiva
- 36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- 37. Educación grupal
- 38. Consulta Morbilidad obstétrica
- 39. Consulta Morbilidad ginecológica
- 40. Consulta Nutricional
- 41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- 42. Ecografía Obstétrica 1 y 2° trimestre por matrona.
- 43. Intervención psicosocial
- 44. Consulta y/o consejería en Salud Mental
- 45. Atención integral de mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar

SALUD DEL ADULTO

- 46. Consulta morbilidad
- 47. Consulta y controles de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias (Salas ERA) del adulto de 20 años y más.
- 48. Consulta Nutricional
- 49. Control de salud.
- 50. Intervención psicosocial
- 51. Consulta y/o consejería en Salud Mental
- 52. Educación grupal
- 53. Atención en domicilio.
- 54. Atención de podología a pacientes con Diabetes Mellitus
- 55. Curación del pie diabético
- 56. Intervención grupal de actividad física.
- 57. Consulta kinésica

SALUD DEL ADULTO MAYOR

- 58. Consulta morbilidad
- 59. Consulta y controles de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias (Salas ERA) del adulto de 65 años y más.
- 60. Consulta Nutricional
- 61. Control de salud.
- 62. Intervención psicosocial
- 63. Consulta y/o consejería en Salud Mental
- 64. Educación grupal
- 65. Atención en domicilio.

66. Atención de podología a pacientes con Diabetes Mellitus
67. Curación del pie diabético
68. Intervención grupal de actividad física.
69. Consulta kinésica
70. Vacunación anti influenza
71. Programa Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.

SALUD ORAL
71. Examen de salud odontológico
72. Educación odontológica grupal
73. Consulta Odontológica de urgencia
74. Exodoncia
75. Destartraje y pulido coronario
76. Obturaciones temporales y definitivas
77. Aplicación de sellantes
78. Pulpotomias
79. Barniz de Flúor
80. Endodoncia
81. Radiología dental

ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS
82. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
83. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
84 Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
85. . Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
86. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
87. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
88. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
89. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.

90. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
91. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
92. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
93. . Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
94. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
95. Tratamiento de erradicación de Helicobacter Pílori

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS
96. Educación grupal ambiental
97. Consejería Familiar
98. Visita Domiciliaria Integral
99. Consulta Social
100. Tratamiento y curaciones
101. Extensión Horaria
102. Intervención familiar psicosocial
103. Diagnóstico y control de la Tuberculosis
104. Exámenes de laboratorio básico
105. Radiología dental

MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

La Reforma de Salud ha introducido cambios radicales en el Sistema de Salud Chileno. El Modelo de Salud Familiar y comunitario se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familiar y comunidades que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El modelo describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano y saludable, mediante el logro de objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, eficacia y eficiencia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Existen tres principios irrenunciables en un sistema basado en la Atención Primaria de Salud:

- Centrado en las personas
- Integralidad de la atención
- Continuidad del cuidado

▪ **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR**

a) Enfoque Biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad:

El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que les permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

b) Continuidad de la atención y de los cuidados de la salud:

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del trabajo en red. En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

**c) Prestación de servicios integrados:**

A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población.

d) Resolutividad:

Se traduce en la capacidad del equipo de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, conformar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir con su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar sus competencias para abordar la problemática emergente compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.

e) Responsabilidad compartida entre los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes:

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo- promocionales, como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad. Departamento de Salud.

f) Participación social:

Distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida saludables y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad y pertinencia de los servicios y prestaciones de salud
- El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos, de generar mecanismos de participación como son los diálogos ciudadanos, los diagnósticos y presupuestos participativos, entre otros.



- La corresponsabilidad del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria.
- La capacitación de líderes o monitores de salud.

g) Promoción de Salud:

La promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimiento, aprendizajes sociales ya desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La promoción de salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinen su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla.

h) Interculturalidad:

Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo.

En ese sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio de modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales. Departamento de Salud

i) Impacto Sanitario:

El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para tales efectos los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistémica.

j) Enfoque de género:

La ampliación del enfoque de género se fortalece con la participación activa y protagónica de las mujeres que juegan un importante papel al interior de las familias y cada vez más en las organizaciones laborales y comunitarias. El diseño de las intervenciones en salud que consideren en su generación la participación de los usuarios requiere que los equipos técnicos dispongas de capacitación en género que permita identificar las necesidades, demandas y expectativas.

CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD FAMILIAR (CESFAM)

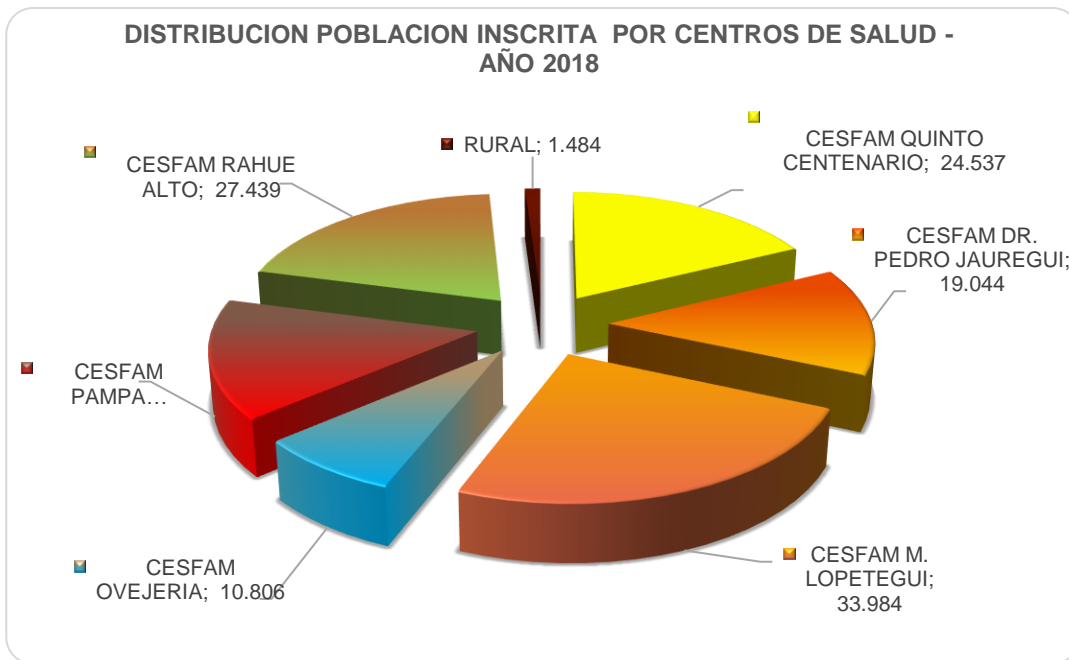
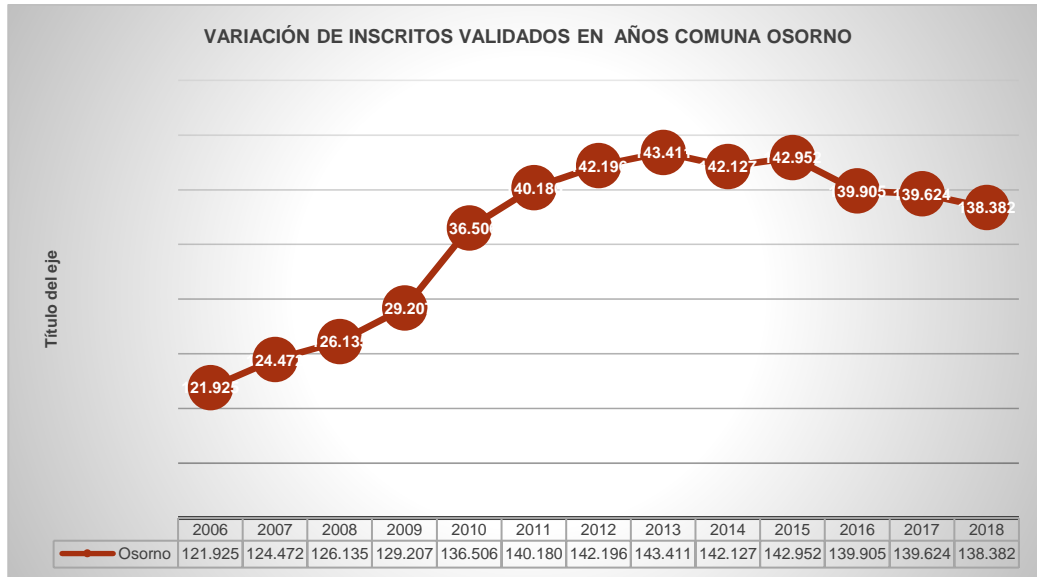
En el año 1987 se traspasan los Consultorios Generales Urbanos de Osorno a la Gestión Municipal, iniciando así el proceso de municipalización que queda consolidado en Enero 1988, creándose el Sistema Comunal de Salud, como ente coordinador.

En el año comienza la transformación a centros de salud familiar. Actualmente el desafío es acreditar todos los Centros de salud.



La población inscrita validada por FONASA para el 2018 alcanza a 138.382 usuarios distribuidos en 77.146 hombres y 81.016 mujeres lo que representa un 87% de cobertura respecto a la proyección de población INE para el 2018.

En la última década hay un aumento porcentual de un 13%, que significa más de 17 mil usuarios nuevos inscritos en los centros de salud familiar



➤ CENTROS DE SALUD



RESEÑA

En la comuna de Osorno en el año 2010 existían 5 centros de salud familiar y uno de ellos es el CESFAM Dr. Pedro Jáuregui que en esa fecha se encontraba sobrepasado en sus capacidades ya que tenía una población a cargo de 48.000 usuarios que de acuerdo a la norma técnica un CESFAM no debería sobrepasar los 30.000 inscritos, es por esto que se evalúa la creación de un nuevo centro de salud familiar, que se llamaría CESFAM Quinto Centenario.

Y es por esto que se da inicio al proyecto para la creación del centro de salud familiar Quinto Centenario que hoy en día es un hermoso centro de salud familiar que tiene un espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar, facilita el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene el contacto multisectorial y que abrió sus puertas a la comunidad en mayo del 2011.

El CESFAM Quinto Centenario se encuentra ubicado en Sevilla N° 1620, Población Quinto Centenario, fue inaugurado. Este Centro de Salud cuenta con una Dotación Autorizada de 86 funcionarios y una población inscrita validad de 24.537 usuarios.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	13	506
B	29	1.243
C	30	1.320
D	3	132
E	3	132
F	8	352



RESEÑA

El CESFAM Dr. Pedro Jáuregui Castro dista a aproximadamente 15 cuadras del centro de Osorno. Se encuentra organizado en 2 sectores geográficos, rojo y verde, con sus respectivos equipos de salud. Colindante al Centro de Salud se encuentran algunas de las poblaciones más antiguas del sector como son: Rahue 2 y Montecinos.

A los márgenes del puente, existen vestigios de un asentamiento español antiguo, el Fuerte María Luisa. Cuentan que las damas españolas tenían costumbre de bañarse en un pequeño río que desemboca al Rahue a pocos metros de allí, por lo que el pequeño afluente tomó el nombre de Río Damas.

La vida rahuina gira en torno a la familia, es una vida intrahogareña y poco extrovertida y tienen especial relevancia los ritos familiares en relación con comida y alimentación.

El Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jauregui Castro comienza sus funciones en su actual ubicación en el año 1994 y consta de un edificio para el desarrollo de actividades propias de la Atención Primaria y dependencias para el desarrollo del servicio de atención primaria en urgencia SAPU. Luego, en el año 1998 es acreditado el establecimiento como Centro de salud Familiar por parte de la Ministro de la Salud.

Este Centro de Salud cuenta con una Dotación Autorizada de 75 funcionarios y una población inscrita validad de 19.044 usuarios.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	13	462
B	29	1.056
C	30	1.232
D	3	-
E	3	132
F	8	308



RESEÑA

Este Centro de Salud Familiar, así como otros de la comuna, ha tenido en los últimos años cambios muy importantes, tanto desde el punto de vista físico y estructural, como desde el punto de vista humano. Hace aproximadamente 50 años, nace este centro de salud primero como policlínico funcionando en la dependencia que se construyó al alero del antiguo Hospital San José de Osorno.

A fines de los años 80 pasa a ser consultorio de dependencia Municipal, utilizando la misma infraestructura y por lo tanto manteniendo su ubicación en calle Los Carreras nº 1400.

Entre los años 1998 y 1999 se inicia el proceso de implementación de Centro de Salud Familiar, obteniéndose la acreditación como tal el año 2000.

En agosto del 2005 se inaugura la actual edificación, contando con la presencia del entonces Ministro de Salud. El Municipio decide darle el nombre de Centro de Salud Familiar Dr. Marcelo Lopetegui, en honor a la larga trayectoria de éste como hijo

Ilustre de la ciudad de Osorno y médico que por largos años brindó atención a la comunidad perteneciente a este centro.

En la actualidad este CESFAM tiene una población inscrita de 33.984 personas, y cuenta con una dotación de 109 funcionarios que brindan atención biopsicosocial. Para un mejor funcionamiento y aplicación del modelo de salud familiar la comunidad se divide en 4 sectores.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	17	704
B	37	1.606
C	31	1.364
D	11	484
E	4	176
F	9	396



RESEÑA

En 1982 el Consultorio fue traspasado a la Municipalidad de Osorno, desde abril de 1982 y hasta mayo de 1995 este Centro de Salud funcionó en calle Plácido Calixto 760, fecha en que sufrió un devastador incendio. En 1999 fue repuesto con un proyecto FNDR y actualmente se emplaza en calle Martín Ruiz de Gamboa 602.

El establecimiento se construyó de acuerdo al antiguo concepto de Consultorio de Salud Urbano. Cuenta con 678 m² construidos sobre una superficie de terreno de 5.666 m². y para una población inscrita de 10.000 usuarios, el año 2018 se diseñó el plano arquitectónico para la regularización de infraestructura que cumplirá con PMA 2009 para Centros de Salud Familiar en 1700 mt² en construcción

A la fecha el nuevo proyecto de construcción se encuentra finalizado y en etapa de entrega, situación por lo cual el año 2019 comenzará a funcionar en su nueva dependencia, con una edificación del más alto nivel.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	8	297
B	18	726
C	13	572
D	2	88
E	4	176
F	6	264



RESEÑA

El CESFAM Pampa Alegre depende administrativamente de la Ilustre Municipalidad de Osorno, a través de su Departamento de Salud. Actualmente la Dirección del establecimiento, está a cargo de la Sra. Ruth Cifuentes V., Enfermera Universitaria.

El Centro de Salud Familiar Pampa Alegre, se encuentra ubicado en el sector Sur Poniente de la ciudad de Osorno, específicamente en el Sector de Francke, calle Los Melies s/n, limitando en su parte norte con la Población Autoconstrucción, al sur con el Retén de Carabineros Pampa Alegre, al este con el Centro Cultural Pampa Alegre (antiguo centro de salud) y al oeste con la calle Los Álamos.

Su ubicación lo hace ser un CESFAM con fácil accesibilidad para su población inscrita beneficiaria.

El CESFAM se organiza en tres sectores de atención, identificados cada uno por un color, los cuales se encuentran a cargo de un equipo de salud multidisciplinario.

Los límites que se establecieron para cada sector se hicieron por criterio de ubicación geográfica y número de personas de la población.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	14	616
B	27	1.166
C	24	1.056
D	2	88
E	5	220
F	7	308



RESEÑA

CEFAM Rahue Alto, nace de la fusión de los Consultorios Juan Antonio Ríos y Carlos Condell el 6 de agosto de 2001, empezando con esto el camino a ser un Centro De Salud Familiar, bajo la Dirección de la Sra. Jeannette Cifuentes.

Fueron acreditados como CEFAM en el año 2004, bajo la Dirección de la Dra. Patricia León Ferrada. Actualmente cuentan con 29.000 inscritos, número muy lejano a los 20.000 con que comenzaron, los que son atendidos por un equipo multidisciplinario que comprende 84 funcionarios aproximadamente, incluyendo el CECOSF.

Se ha implementado en este período la Sala ERA, Sala de Rehabilitación, Programa VIF, Chile Crece Contigo, Programas dentales, Visita domiciliaria integral, Cirugía Menor, Talleres de Apego, etc., incrementándose las atenciones dentales, psicológicas, nutricionales y maternas. Además, cuentan con tres Médicos de Familia. En el año 2006 asume como Director el Dr. Juan Clerc Aravena, quién bajo su dirección logró la puesta en marcha del SAPU Rahue Alto y la construcción de CECOSF Murrinumo.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	10	572
B	28	1.188
C	25	1.100
D	6	264
E	4	176
F	8	352



RESEÑA

El Centro de Referencia y Diagnóstico Médico de Osorno (CRD), cuenta con una superficie total edificada de 1.977 M2, en cinco niveles más subterráneo y azotea, albergando especialidades médicas, unidad de rayos (tórax, pelvis, osteomuscular), eco tomografía (abdominal y ginecológica), mamografías, unidad oftalmológica, sillón dental para especialidades, Laboratorio, Call Center, y sala de capacitación, todo está orientado a aumentar la capacidad resolutive de la APS de Osorno.

El CRD cuenta con los siguientes servicios especializados y Unidades de Trabajo:

- Médicos Especialistas; Ecotomografía, Endoscopía, Mamografía
- Enfermera – Matronas – Tecnólogos Médicos Oftalmológicos y de Laboratorio
- Técnicos Paramédicos
- Administrativos
- Auxiliares de Servicio

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	2	66
B	17	748
C	12	528
D	-	-
E	8	352
F	3	132



RESEÑA

Las Postas y Estaciones Médico de Salud Rural, tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las 33 enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos, así como su acceso al sistema de protección.

Son lugares de atención eventual utilizados por las Rondas de Salud Rural, que corresponden a una estrategia de acceso a la atención en sectores rurales. Son recintos comunitarios o municipales, dependientes o vinculados a un establecimiento de salud (postas rurales o Centros de Salud).

El sistema de Rondas es realizado por un equipo multiprofesional el cual cuenta con el siguiente personal:

- Médico - Odontólogo
- Enfermera – Matrona - Kinesiólogo
- Psicólogo - Nutricionista
- Técnicos Paramédicos
- Administrativo
- Auxiliares de Servicio - Choferes

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	2	88
B	5	220
C	8	352
D	1	44
E	1	44
F	6	264



RESEÑA

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un centro de salud general, CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

El CECOSF Manuel Rodríguez fue inaugurado el 26 de junio de 2012 y cuenta con una estructura de albañilería confinada de un piso, con una superficie edificada de 230 mts². Cuenta con cuatro boxes de atención (1 box ginecológico y 3 box multipropósito), despacho y bodega farmacia, despacho y bodega del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), una amplia sala multipropósito y sala de espera.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	2	66
B	5	154
C	3	132
D	-	-
E	-	-
F	1	44



RESEÑA

El Centro comunitario de salud familiar Murrinumo perteneciente a Cefsam Rahue Alto fue inaugurado en el mes de octubre de 2011. Este establecimiento de salud cuenta con un equipo multidisciplinario que interviene integralmente a todas las familias de las poblaciones de Murrinumo, Santa Rosa y Villa Sofía cuya característica en común es la presencia de extrema vulnerabilidad biopsicosocial.

Cecosf Murrinumo tiene instaurado desde su inicio una mesa de trabajo activa con distintas agrupaciones funcionales y territoriales del sector para dar cumplimiento cabalmente al modelo comunitario, integral y participativo de salud familiar.

Dotación Asignada:

Categorías	N° Cargos	N° Horas
A	2	88
B	5	176
C	4	176
D	-	-
E	-	-
F	1	44

EQUIPOS DE APOYO Y PROGRAMAS TRANSVERSALES

- **CULTURA DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN: Un nuevo desafío para la Atención Primaria**



Derecho a la salud.

La salud es un derecho de las personas. Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país. Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

La Calidad y Seguridad de la Atención de los pacientes es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado.

En el marco de la Reforma de Salud, se han creado políticas y estrategias con la finalidad de instalar derechos de las personas, cambiar el modelo de atención, fortalecer la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud y corregir los problemas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, estas últimas, los 4 pilares del Régimen de Garantías en Salud (Ley 19.966).

De lo anterior, se desprende que el Proceso de Acreditación de los Prestadores Individuales e Institucionales, públicos y privados, busca dar cumplimiento a la garantía de Calidad, establecida en la Ley 19.966- Ley GES.



Los establecimientos de salud, deben implementar y desarrollar una POLITICA DE CALIDAD que debe enfocarse en tres áreas fundamentales:

SEGURIDAD: fomentar la prevención de riesgos y la seguridad de los usuarios y del personal.

SERVICIO: enfocarse en entregar un servicio integral de calidad, contemplando los procesos clínicos y administrativos.

RESULTADOS: resultados efectivos y eficientes con la máxima satisfacción usuaria.



ACREDITACION



En el marco de la Reforma de Salud; la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria publicada en el diario oficial el 24 de Febrero 2004, determinó la responsabilidad del Ministerio de Salud de establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.

El proceso de ACREDITACIÓN es un acto voluntario para el prestador, no obstante la Ley Nº 19.966, establece en la Garantía de Calidad, que el otorgamiento de las prestaciones de salud deberá estar garantizadas por un prestador Acreditado. De este modo quienes no logren acreditar quedaran impedidos de entregar prestaciones de salud que estén garantizadas por el Régimen de Garantías en Salud. En el caso de los establecimientos de Atención Primaria, estas prestaciones representan, aproximadamente, el 80% de las atenciones.

Es un proceso de evaluación externa de la organización que determina si esta cumple con los estándares y requisitos diseñados para **mejorar y garantizar la calidad y seguridad** de la atención de salud. Permite, además, dar cuenta de que la organización cuenta con una **política de calidad** y una estructura organizacional responsable de liderar acciones de **mejoramiento continuo de calidad** en la atención de salud.

PROCESO DE ACREDITACION

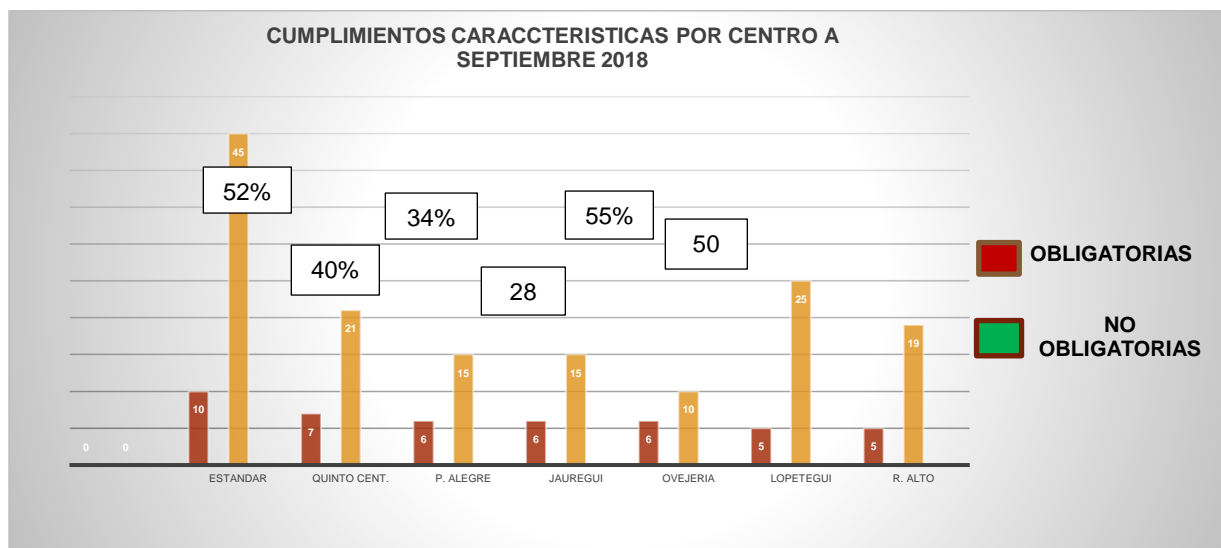
De esta forma, el Municipio, a través de su Departamento de Salud, se ha comprometido a implementar y mantener en sus centros de salud, una Gestión de Calidad centrada en un Sistema Integrado y coherente de valores, procesos e instrumentos, que incorporan a todo el Equipo de la Red de Salud Municipal, y orientado hacia la satisfacción y seguridad de los usuarios(as), desarrollando una cultura de aprendizaje permanente y de mejora continua, conducente al cumplimiento de la Garantía de Calidad, que establece la Ley 19.966, en los siguientes ámbitos:

- Respeto y Dignidad del paciente
- Gestión de Calidad
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- Competencias del RRHH
- Registros
- Seguridad del Equipamiento
- Seguridad de las Instalaciones
- Servicios de apoyo

Este proceso establece una serie de estándares de acuerdo a la complejidad de las atenciones que se entregan en las instituciones de salud. Para la Atención Primaria de Salud, aplica el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, elaborado por la Superintendencia de Salud y que define ámbitos, componentes, características obligatorias y no obligatorias y verificadores a cumplir.

CARACTERISTICAS QUE APLICAN EN ATENCION PRIMARIA	CANTIDAD	% CUMPLIMIENTO
OBLIGATORIAS	10	100%
NO OBLIGATORIAS	45	La cantidad necesaria para cumplir el 50% en total, incluido el 100% de las obligatorias.

ESTADO DE AVANCE DE LOS CENTROS DE SALUD



De acuerdo al gráfico, todos los centros se encuentran en preparación para el proceso de acreditación, sin embargo, no todos presentan el mismo estado de avance. Lo anterior debido a condiciones diferentes de infraestructura, de prestaciones como es el caso de los centros que tienen adosado un SAPU (Lopetegui-Jauregui-Rahue Alto), de cumplimiento de requisitos previos como es las Autorizaciones Sanitarias ya que los centros construidos con anterioridad al año 2006, no cuentan con ella y deben, entonces, solicitar Demostración Sanitaria, proceso adicional y previo a la Acreditación. Esta situación la presentan el CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, CESFAM Rahue Alto y CESFAM Dr. Pedro Jáuregui, los que también tienen una complejidad adicional pues poseen servicio de urgencia. El caso de Ovejería dice relación con la situación de contingencia en la que se encuentran, a la espera de la entrega del nuevo establecimiento que, sin duda, ayudara a mejorar sustancialmente el cumplimiento.

Paralelo a lo anterior y debido a la integración del CDR a la red de atención primaria municipal, se ha iniciado el proceso de preparación de este dispositivo de salud para su acreditación, debido al tipo de prestaciones de salud que entrega y que corresponden a servicios de apoyo diagnóstico para la resolución de las atenciones de salud que se entregan en los centros. Si bien el modelo de gestión no implica la venta de servicios a los centros, para efectos de la Acreditación, se considera como “prestador de venta de servicios”, situación que está expresamente definida en la normativa vigente que define que, en estos casos, el prestador del servicio debe estar acreditado.

Los Equipos de Calidad de cada centro, liderados por sus direcciones, se han comprometido a tener cumplidas el 100% de las características obligatorias de modo de presentarse al proceso a partir del 2° semestre del año 2019 ya que, de acuerdo al decreto vigente, el plazo vence en el año 2019.

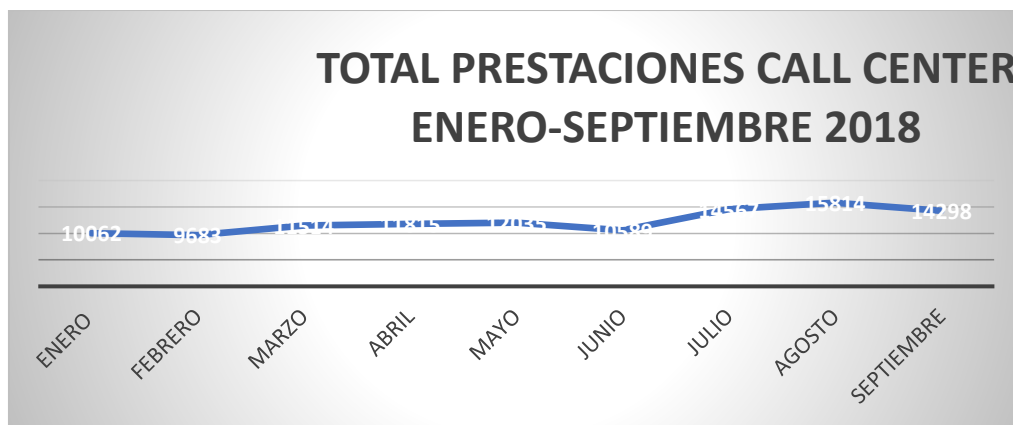
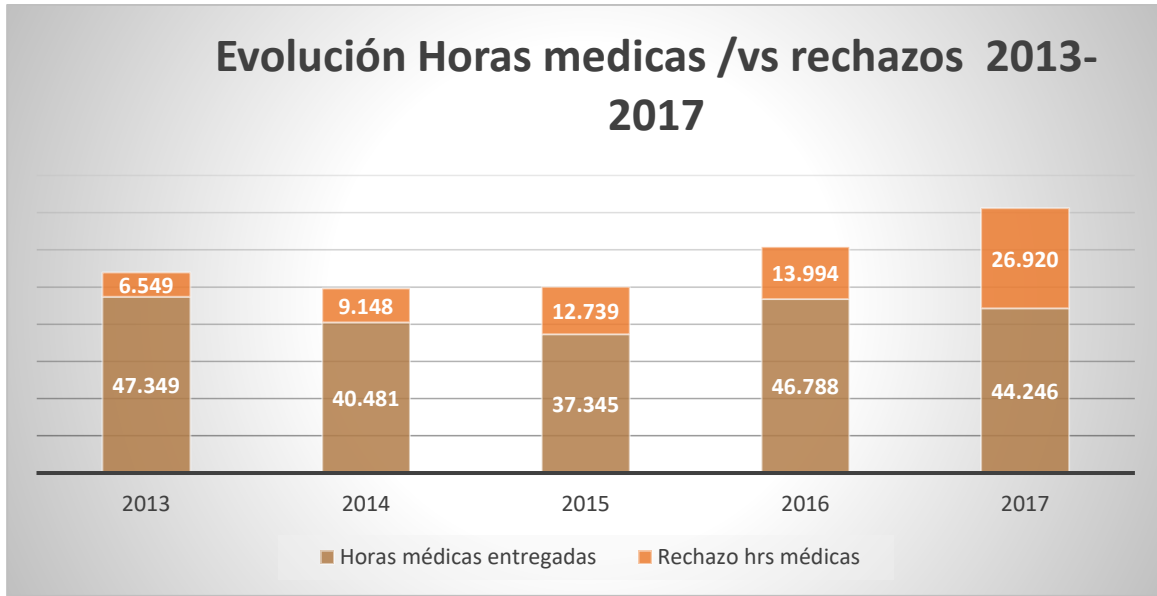
➤ CALL CENTER SALUD MUNICIPAL

El Call Center de Salud Municipal de Osorno, es un servicio creado en nuestra comuna en el año 2009. Nace con el propósito del Departamento de Salud de Osorno de *“Contribuir a la disminución de las filas a temprana hora en los Establecimientos de salud”* a través de un servicio telefónico de calidad, que facilite el acceso oportuno a las prestaciones de salud, de la comunidad de Osorno.

Es así que desde sus inicios las funciones del Call Center se encuentran orientadas a:

- Entrega de horas de consulta de morbilidad Médica y ginecológica de la red de Salud Municipal de Osorno.
- Confirmación de horas Médicas y ginecológicas entregadas en los Centros de Salud Familiar de la comuna, lo cual, se realiza con la finalidad de disminuir el número de usuarios que no se presentan a sus citas
- Entrega de información general a los usuarios y usuarias respecto al funcionamiento de la red de salud municipalizada de nuestra comuna.

Es relevante indicar que desde su creación, las atenciones entregadas por el Call Center de Salud Municipal se han mantenido estables, existiendo una tendencia al alza, en el total de prestaciones otorgadas (ver recuadro y gráfico). Y se espera que en el año 2018, estas cifras se incrementen debido al cambio del Servicio al Edificio *“Centro de Referencia Diagnostica de Salud Primaria de Osorno”* (CDT).

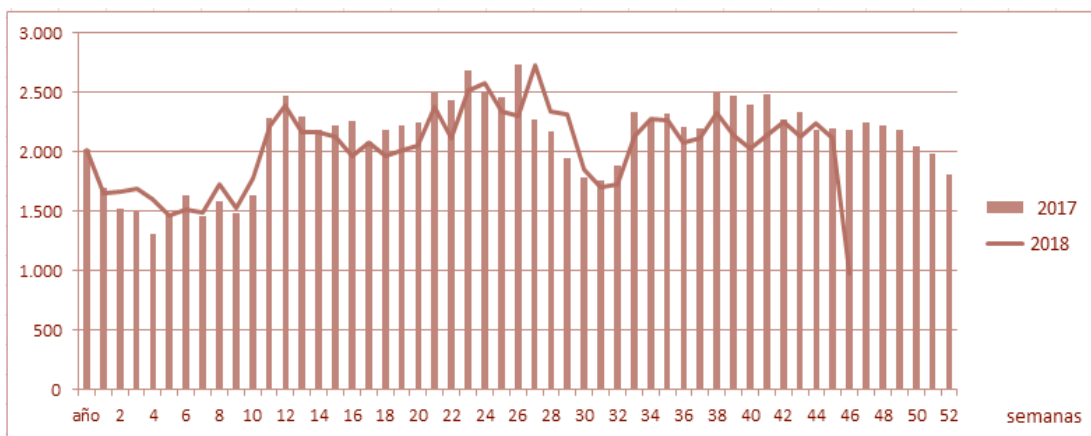




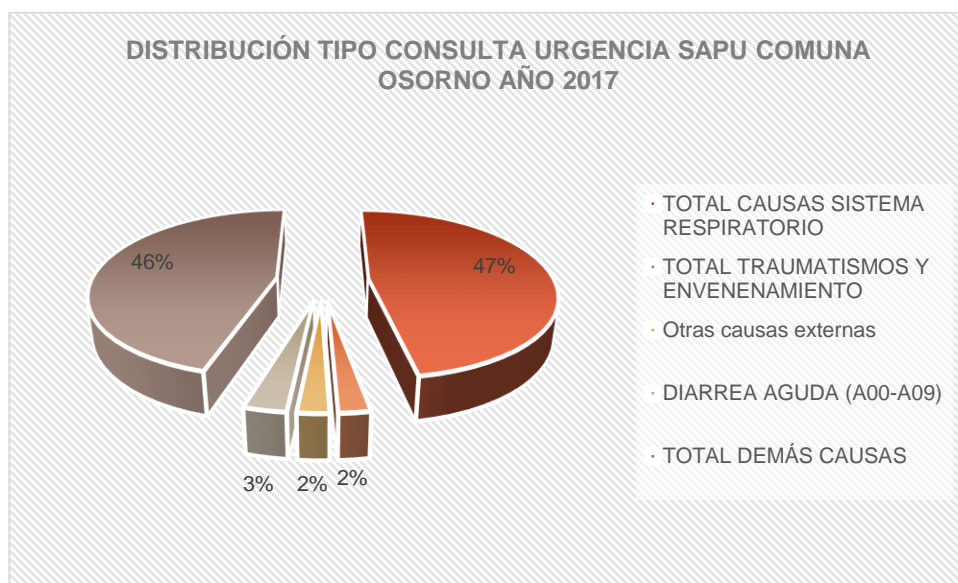
➤ **SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)**

Los SAPU tiene como principal objetivo dar continuidad a la atención primaria prestada en los Centros de Salud, y su funcionamiento se enmarca dentro de una concepción amplia de la Atención Primaria, donde el binomio Centro de Salud SAPU conforma una unidad asistencial, relacionada e interdependiente, que a su vez es componente de la Red Asistencial y de Urgencia local. La tendencia es al aumento en las consultas en Sapu.

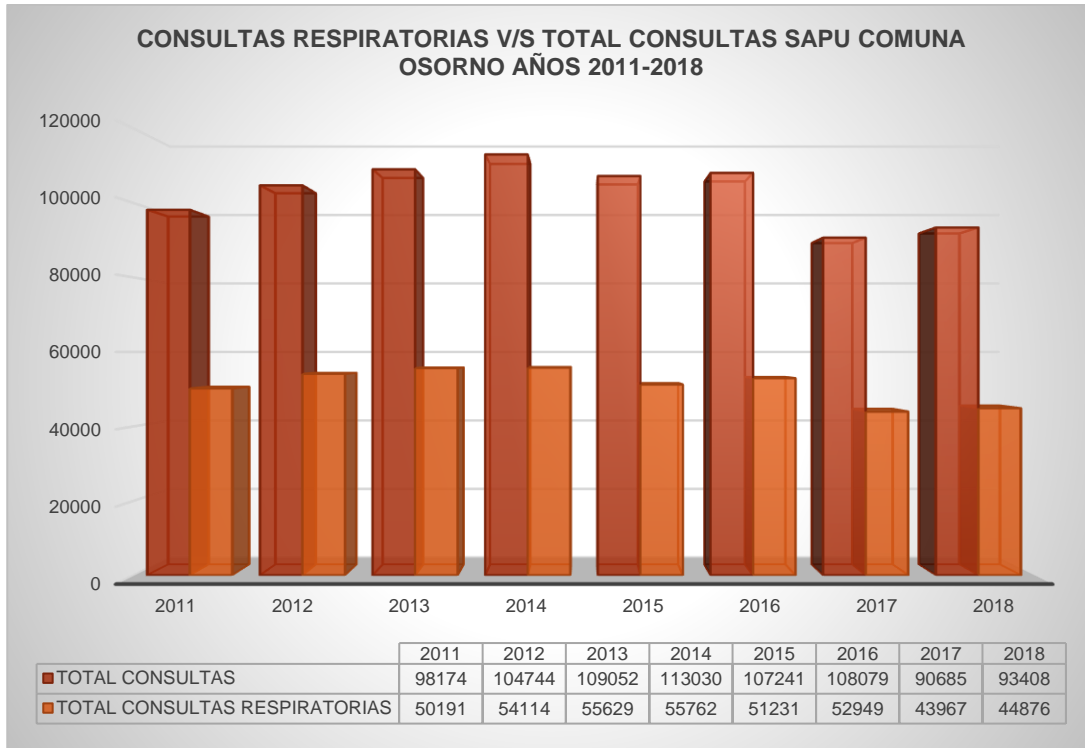
TOTAL ATENCIONES EN SAPU COMUNA OSORNO SEGÚN SEMANAS Y AÑOS 2017-2018



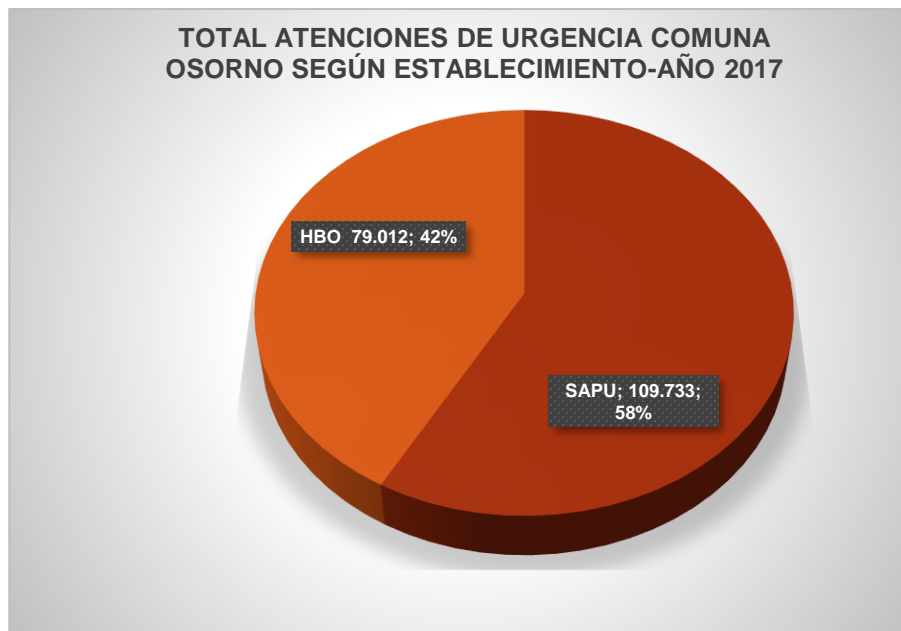
Fuente.deis/minsal



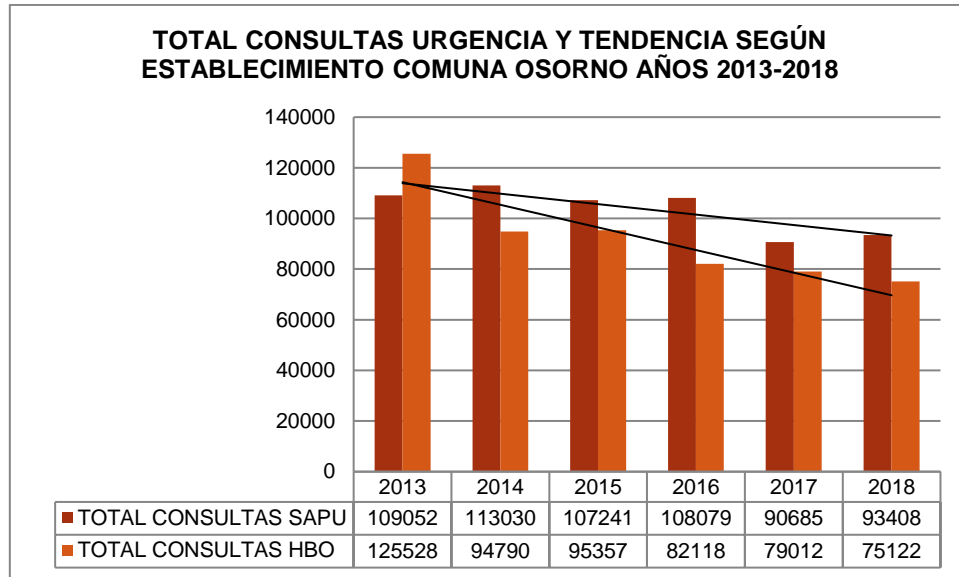
Fuente.deis/minsal



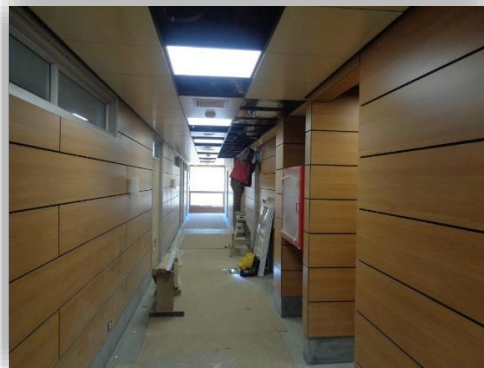
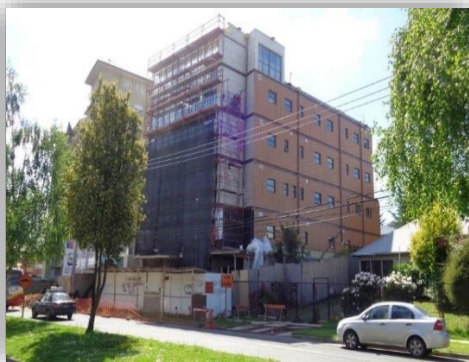
Fuente.deis/minsal



Fuente.deis/minsal



➤ **CENTRO DE REFERENCIA Y DIAGNOSTICO MEDICO**



Este proyecto desarrollado íntegramente por el Departamento de Salud de Osorno cuenta con aprobación y financiamiento del Fondo Nacional de desarrollo regional FNDR, alcanzado un costo de inversión de \$ 3.131.- millones. Cuenta con una superficie total edificada de 1.977 M2, en cinco niveles más subterráneo y azotea, albergando especialidades médicas, unidad de rayos (tórax, pelvis, osteomuscular), eco tomografía (abdominal y ginecológica), mamografías, unidad oftalmológica, sillón dental para especialidades, Laboratorio, Call Center, y sala de capacitación, todo está orientado a aumentar la capacidad resolutoria de la APS de Osorno. La distribución de las unidades por recinto es la siguiente:

Subterráneo	Estacionamientos, REAS, Bodega general, Sala de bombas y estanque de agua potable, Subestación eléctrica, WC funcionario
Piso 1	Estacionamientos, Recepción General, Bodega aseo, wc funcionario sala grupo electrógeno
Piso 2	Recepción, sala espera, baños públicos. Unidad imagenología, Box de Procedimientos QX. menor y Unidad de Endoscopia, Box dental, Rx Dental
Piso 3	Recepción, Unidad Oftalmológica de APS, Call Center, 3 Box multipropósito especialidades médicas
Piso 4	Sala de servidores e informática, Cafetería, Vestuarios de Personal, Sala de Capacitación, Oficinas administrativas
Piso 5	Laboratorio Clínico APS
Piso 6	Azotea, Equipos climatización, Sistema purificación de agua.

La fecha de inicio de las obras fue el 22 de septiembre del 2016, mediante la entrega de terreno que realizó el municipio local a la empresa Carlos Marín e Hijo.

El Centro de referencia y diagnóstico médico de Osorno abre sus puertas a la comunidad con prestaciones de imágenes diagnósticas rayos pelvis y mamografías el 19/07/2018 y al día de hoy se otorgan las siguientes prestaciones:

Cartera de Prestaciones 2018
Radiografía de tórax anteroposterior y lateral
Radiografía de pelvis en menores de 3 meses
Mamografía
Ecotomografía abdominal
Ecografía obstétrica
Ecografía mamaria
Prestaciones UAPO: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta oftalmológica vicio refracción por tecnólogo médico • Otras consultas oftalmológicas por tecnólogo médico • Examen de fondo de ojo • Estudio glaucoma • Tratamiento ortóptico • Campo visual computarizado • Estudio sensorio motor: estrabismo • Consulta oftalmológica por médico oftalmólogo • Paquimetría ultrasónica
Prestaciones de consulta de especialidad dermatología y traumatología infantil producto de convenio de colaboración con HSJO

Para el año 2019 se tiene proyectada la realización de las siguientes prestaciones:

- Endoscopia digestiva alta
- Procedimientos de cirugía menor
- Otras radiografías
- Otras ecotomografías

Prestaciones realizadas al 31/10/2018 por CRD:

Prestaciones	Hombre	Mujer
Mamografías	0	1.194
Radiografías pelvis	190	179
Radiografía tórax	190	270
Ecotomografía abdominal	108	311
Ecografía mamaria	1	275
Ecografía obstétrica	0	859
Ecografía ginecológica (DIU)	0	161

PRESTACIONES UAPO REALIZADAS AÑO 2018:

	ATENCIÓNES 2018												TOTAL
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
Vicio de Refracción	351	332	360	323	287	102	19	256	260	296			2.586
Otras Consultas Oftalmológicas	90	93	106	81	66	8	5	29	59	49			586
Consulta con Oftalmólogo en UAPO	0	126	126	0	0	295	305	0	0	326			1.178
Fondo de Ojo por Médico Oftalmólogo OFT	0	10	13	0	0	130	67	0	0	46			266
Informes de Fondo de Ojo por Telemedicina	31	103	246	18	114	83	0	0	193	582			1.370
Fondo de Ojo (Retinografías) con TM	125	97	265	0	26	119	38	259	324	374			1.627
Lentes entregados a usuarios	402	410	468	403	356	138	92	414	301	435			3.419
Curva de Tensión Ambulatoria	84	81	74	90	76	0	0	40	2	48			495
Paquimetría Ultrasónica	32	38	26	36	23	0	0	20	1	22			198
Campo Visual Computarizado	71	62	57	62	56	0	0	38	0	42			388
Tratamientos Ortópticos	4	7	5	8	3	2	1	5	9	6			50



➤ **ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERIA MUNICIPAL DE OSORNO (ADEMO)**

El Departamento de Salud municipal de Osorno en su preocupación por disminuir las inequidades en Salud, y de acuerdo a las necesidades planteadas por los Usuarios en diversas reuniones con las Autoridades como Sr. Alcalde y Administradora Municipal, y de acuerdo a la situación de salud y vulnerabilidad de los adultos mayores ,incluyendo los A.M Institucionalizados, junto con la necesidad de poner énfasis en la atención de niños y adolescentes que son albergados en los diferentes Hogares de menores de la comuna de Osorno, se crea a contar del presente año la Unidad de atención domiciliaria de Enfermería Municipal de Osorno con la finalidad de mantener continuidad de la atención a las personas en forma oportuna, eficaz, continua , integral y de calidad

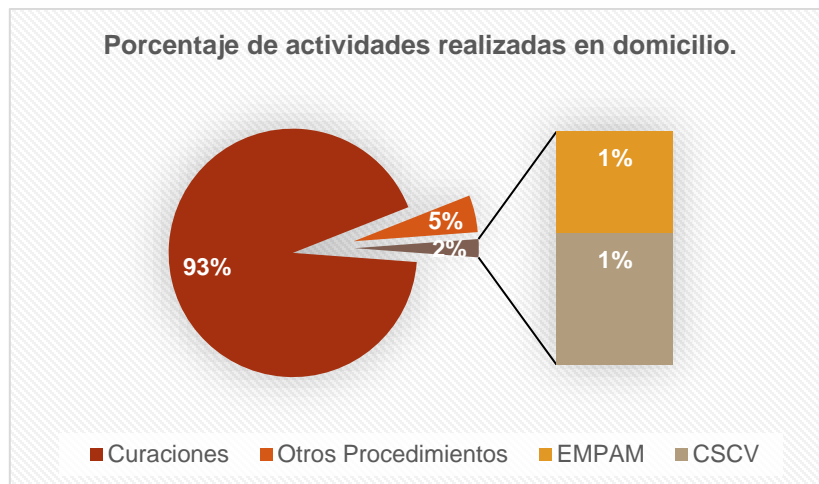


OBJETIVO GENERAL

Mantener la continuidad del cuidado proporcionado una atención integral al usuario en su domicilio y en residencias institucionales en la comuna de Osorno.

- A la Fecha equipo ADEMO ha realizado 4584 visitas domiciliarias atención de Enfermería.
- Curaciones: éstas incluyen, curación avanzada de pie diabético, curación de ulcera varicosa y curación de úlceras por presión. Alcanzan un total de 4255, lo que equivale a un 93% de las actividades realizadas en el periodo.
- Otros procedimientos: comprenden aquellos procedimientos de enfermería, tales como, toma de muestra de exámenes, instalación de cateterismo urinario permanente, instalación de flebotomía, etc. Estos procedimientos equivalen al 5% del total de las actividades llegando a un total de 221.
- Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor - EMPAM: corresponde al 1 % del total de visitas, lo que equivale a 47 EMPAM realizados en domicilio
- Controles de salud cardiovascular en domicilio: corresponde al 1 % del total de actividades, lo que corresponde a 60 controles a octubre del 2018.





➤ **ATENCIONES UMMAD- 2018**

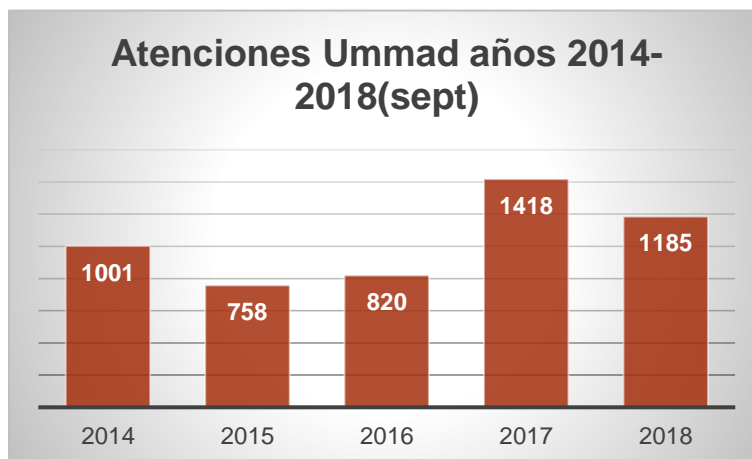
La Unidad Municipal móvil de Atención Domiciliaria; UMMAD; se formó e inició sus funciones a partir de Septiembre del año 2009, con el fin de dar respuesta a las necesidades de la creciente población de adultos mayores y sus patología crónicas, tomando en cuenta la mayor sobrevida de estos pacientes a pesar de la enfermedad y la evidencia que demuestra ventajas respecto a la atención domiciliaria Atención Domiciliaria.

OBJETIVO GENERAL

- Brindar atención médica en el domicilio a aquellos pacientes que, siendo atendidos en forma programada por los equipos de salud de los diferentes CESFAM de la Comuna, **presenten una re-agudización o descompensación de su patología u otra situación vivida como una urgencia médica.**
- Brindar una atención médica oportuna, profesional y humana a nuestros beneficiarios, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y la satisfacción de los usuarios.

PROGRAMA POBLACIÓN OBJETIVO

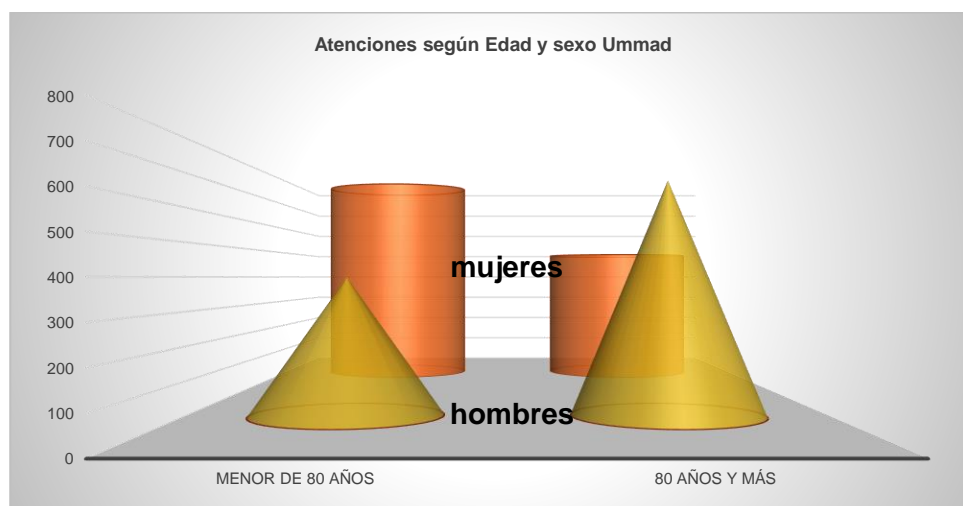
- Pacientes del Programa de Postrados de cualquier grado.
- Pacientes del Programa de Cuidados Paliativos por patología oncológica o Pacientes Terminales de otro origen.
- Pacientes en Oxigenoterapia Domiciliaria
- Pacientes de Alta Hospitalaria Precoz.



ATENCIONES POR GRUPO ETAREO			
Año	Mayor de 80 años	Menor 80 años	Total
2018	732	453	1185

Sexo		%
HOMBRE	483	40,8
MUJER	702	59,2
TOTAL	1185	

El 59% de los usuarios atendidos son mujeres y el 60% tiene más de 80 años, característica ya analizada de la comuna de OSORNO, en la que da cuenta de feminización del grupo etario de 80 y más



➤ UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

“La Unidad de Abastecimiento, dependiente del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Osorno, es la encargada de cumplir con todos los procedimientos relativos a la contratación de bienes o servicios para el desarrollo de las funciones de la organización, conforme con la normativa, Ley 19.886 de Bases sobre Contrato Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento.

Su misión es garantizar el suministro de bienes y servicios, solicitados de manera oportuna y específica por los distintos Establecimientos de Salud, asegurando la transparencia, la oportunidad en la entrega, la calidad de los bienes adquiridos y velando por una eficiente administración de los recursos disponibles.

Los procedimientos de compra que realiza la Unidad de Abastecimiento corresponden a los siguientes:

- 1) Convenio Marco
- 2) Licitación Pública
- 3) Licitación Privada
- 4) Trato Directo
- 5) Compras menores a 3 UTM"

Esta Unidad cuenta con dos Bodegas que corresponden a medicamentos, insumos clínicos e insumos dentales más la bodega de servicios generales, que contempla la entrega de insumos de oficina y aseo, instrumental, equipamiento y equipos entre otros. Además de la compra de servicios médicos que realiza esta Unidad.

Actualmente, esta Unidad está compuesta por 16 funcionarios entre ellos ,8 profesionales que deben contribuir al correcto funcionamiento de la Unidad.

➤ UNIDAD DE FARMACIA DEPTO. SALUD

La Unidad de Farmacia del Departamento de Salud Municipal de Osorno, tiene como misión central la promoción del uso racional de medicamentos, garantizando no sólo el acceso y la calidad de los mismos, sino que también su correcto uso en los Establecimiento de Atención Primaria de la Comuna.

En la actualidad, todos los Centros de Salud cuentan con Químicos Farmacéuticos, los cuales están centrados en el cumplimiento de una serie de actividades, como: gestión de medicamentos, atención a usuarios, dispensación informada, buenas prácticas de prescripción y seguimiento Farmacoterapéutico.



El abastecimiento de la Unidad de Farmacia incluye medicamentos, dispositivos médicos, insumos odontológicos y reactivos de laboratorio.

Estos son adquiridos en conformidad con la legislación vigente, para garantizar la adecuada gestión de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos de forma racional, con una mirada comunal, permitiendo reaccionar de manera más eficiente a variaciones en la demanda u otros fenómenos epidemiológicos de relevancia.



Actualmente, está en proceso de construcción la Droguería del Departamento de Salud, con lo cual se da cumplimiento a la normativa vigente y las políticas de acreditación de calidad de los Establecimientos de Salud Municipal de la Comuna de Osorno.se espera traslado mes de diciembre.

➤ LABORATORIO CLINICO

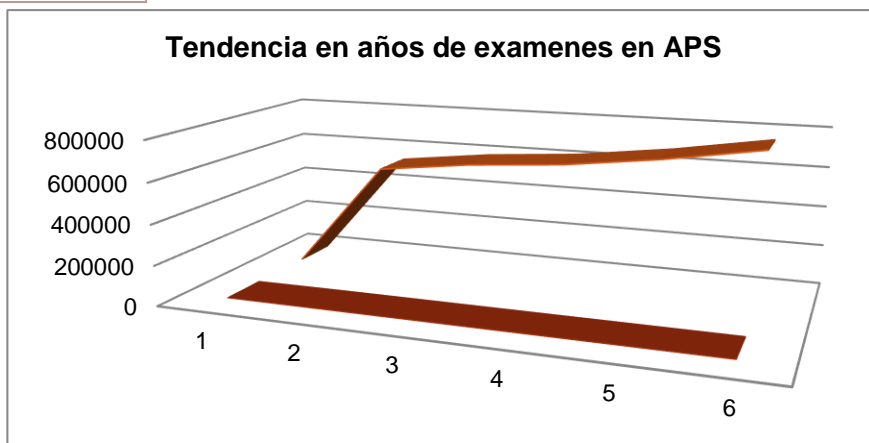
El objetivo del Laboratorio es contribuir al diagnóstico de Enfermedades, así como al tratamiento, control de pacientes, control epidemiológico y de salud pública, por medio de análisis que se ajusten a estándares de calidad, utilizando para ello conocimientos, métodos, procedimientos e instrumentación actualizados. La demanda, el GES, el envejecimiento de la población



	2013	2014	2015	2016	2017	2018 hasta Octubre
Hematología	57959	60687	61216	63045	65816	57354
Bioquímica	401015	448098	474085	501514	556776	374400
Inmunología	3708	2923	2926	3532	4028	3337
Microbiología	22263	25971	24696	23646	27140	22887
Dep.Exudado	730	740	730	736	889	647
Orina	50269	52494	60853	62325	66991	60009
Hormonas	0	0	0	27669	36154	33727
Total exámenes	535944	590913	624506	682467	757794	552361

BACILOSCOPIAS DE DESGARRO POR CENTRO DE SALUD

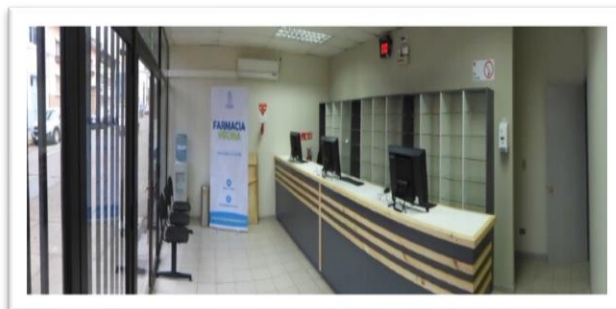
Año	2017	2018 Octubre
M. Lopetegui	529	451
P. Jauregui	770	484
R. Alto	767	619
P. Alegre	365	593
Ovejería	244	198
Q. Centenario	564	575
Rural	63	42
Total	3303	2962





➤ **FARMACIA VECINA**

Este establecimiento de salud que cumplió su primer año de funcionamiento el día 20 de Junio tiene por objetivo ampliar el acceso a medicamentos esenciales y otros bienes para el cuidado de la salud de las personas residentes de la comuna de Osorno, independientemente del sistema de previsión de salud que posea, facilitando la adquisición de medicamentos, formulas nutricionales y pañales a bajo costo, mediante la intermediación de la Ilustre Municipalidad, funciona en horario de lunes a jueves de 09:00 a 18:00hrs. y el día Viernes de 09:00 a 17:00hrs



La Farmacia cuenta con sobre 750 productos, entre medicamentos, formulas alimenticias y pañales para adulto.

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. Las enfermedades bucales comparten los factores de riesgo con otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes entre otras y su interrelación se demuestra de manera consistente en la evidencia científica. Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad. Estas diferencias aumentan con la edad.

En el contexto de Chile a diez años de la Reforma de Salud, la puesta en marcha de las estrategias para el logro de las metas de salud bucal, del Plan Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios, para la década 2011 -2020 y de la convicción de que es necesario responder a las necesidades de salud bucal de la población que envejece y que presenta grandes inequidades, se decide construir el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 para identificar las prioridades sanitarias, plantear nuevos desafíos y trazar la hoja de ruta a mediano y largo plazo para alcanzarlos.

El plan nacional de salud bucal se estructura en 4 ejes estratégicos (EE), 12 objetivos estratégicos o estrategias (OE) y 69 resultados esperados o metas de responsabilidad del nivel central o regional.



Eje Estratégico 1 Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales: se espera que todas las personas tengan acceso a entornos que favorezcan la salud bucal, a programas preventivos basados en evidencia y a información sanitaria que les permita tomar decisiones sobre su salud bucal, la de su familia y en comunidad.

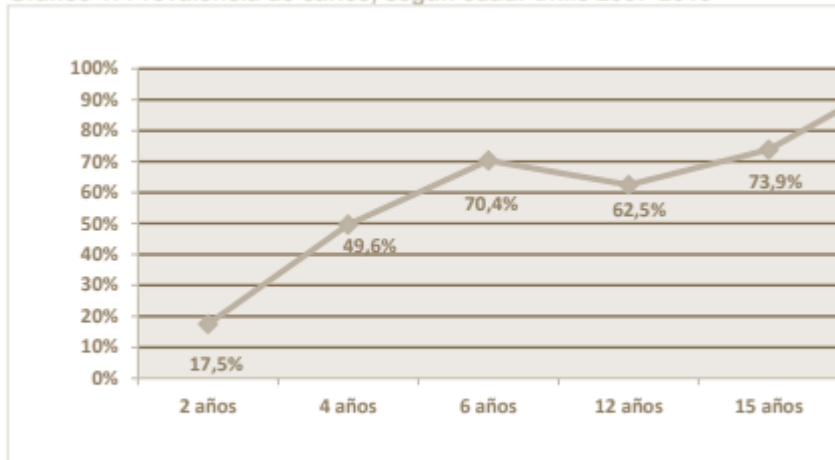
Eje Estratégico 2 Provisión de Servicios Odontológicos de Calidad: se espera que todas las personas tengan acceso a una atención de salud bucal segura, de calidad y asequible, en un plazo oportuno y sin discriminación alguna, que les permita ejercer su derecho de experimentar al más alto nivel de salud bucal posible

Eje estratégico 3 Desarrollo del Recurso Humano: se espera que los equipos odontológicos integrados a los equipos de salud del país satisfagan las necesidades de salud bucal de la población, entregando atención segura, de calidad, sin discriminación y con un trato digno a la que toda persona tiene derecho.

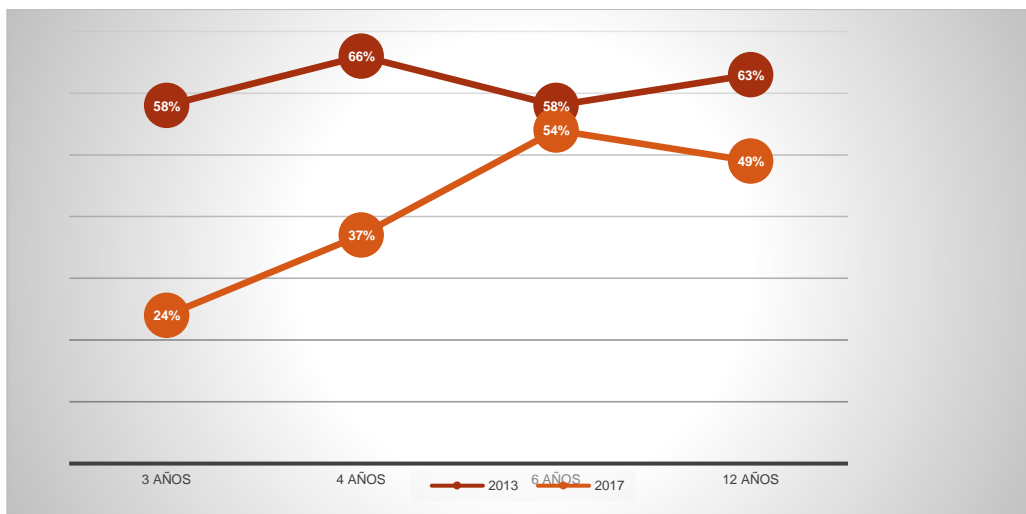
Eje estratégico 4 Investigación, Monitoreo y Evaluación: se espera que el Ministerio de Salud ejerza la función esencial de la salud pública de realizar seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucal de la población.

El diagnóstico de salud bucal de la ciudad de Osorno no es muy distinto a la realidad nacional. La caries dental se inicia en los primeros años de vida y se incrementa con la edad. Sin embargo y dado que las políticas nacionales de salud bucal están dirigidas a aumentar la población libre de caries, es que podemos ver grandes diferencias en población infanto-adolescente si comparamos el año 2013 con el año 2017

Gráfico 1: Prevalencia de caries, según edad. Chile 2007-2010



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007-2010 (10-13)



IMPACTO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN APS OSORNO AÑO 2013 Y 2017. PREVALENCIA DE CARIES.

Este cambio se ha logrado gracias a la implementación de las nuevas estrategias de salud, emanadas del MINSAL, a través de los diferentes programas odontológicos y de las estrategias locales que han reforzado los énfasis en la promoción y prevención en salud bucal.

INGRESO A TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO AÑO 2017 = 18.235 PACIENTES

ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES AÑO 2017 = 17.813 PACIENTES

Actualmente contamos con 26 sillones dentales distribuidos en los distintos Cefam de la ciudad, 3 sillones en el Modulo Dental Junaeb, 2 sillones en las Posta de Salud, 3 en las Estaciones médico rural, 2 Clínicas dentales móviles, 1 carro dental y 1 equipo dental portátil. Esta infraestructura nos ha permitido entregar las siguientes prestaciones:

1.- Atención dental integral para embarazadas (GES)

Durante el año 2017 se dieron de alta a 1.264 mujeres embarazadas en la comuna de Osorno, lo que equivale al 90% del total de mujeres ingresadas a control prenatal.

2.-Programa CERO (Control con enfoque de riesgo odontológico)

Este se desarrolla desde el año 2017. Se realizan controles odontológicos a usuarios desde los 6 meses de edad y menores de 7 años con o sin patologías orales, con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana estas mismas.

3.- Programa Sembrando Sonrisas

Consiste en visitas del equipo de salud odontológico a los establecimientos educacionales de párvulos para la aplicación de flúor barniz (2 veces al año), la realización de un examen de salud oral a cada niño o niña y al trabajo intersectorial con educadoras de párvulos para implementar en conjunto la promoción de la salud a través de sesiones educativas.



4.- Salud oral integral para niños y niñas de 6 años (GES)

Su propósito es educar, prevenir, tratar precozmente al niño y niña de 6 años para mantener o recuperar su salud bucal.

5.- Atención odontológica para el adolescente de 12 años (GES)

Consiste en el tratamiento odontológico integral, incluyendo educación en salud bucal, aplicación de medidas preventivas y tratamiento restaurador en adolescentes de 12 años.

6.- Atención odontológica en el Modulo Dental Junaeb

En la ciudad de Osorno se realiza desde el año 1994. El programa desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-kínder a octavo básico.

El componente de promoción consiste en educación para la salud en temáticas inherentes a la alimentación saludable y a la higiene bucal, tanto en escuelas municipales como particulares subvencionadas de zonas urbanas y rurales.



7.- Atención odontológica integral para jóvenes que cursan 3° y 4° medio

Este programa busca contribuir a que los jóvenes se incorporen a la vida adulta con las mejores condiciones de salud bucal. Se realiza en Carro dental móvil en el mismo establecimiento educacional y en los CESFAM de la ciudad.

Establecimientos =

8.- Programa Mas Sonrisas para Chile

El objetivo del programa es aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres mayores de 20 años, de grupos socioeconómicos vulnerables, apoyándolas en sus esfuerzos de integración laboral y en el fortalecimiento de su autoestima.

Se priorizan beneficiarias SERNAM, PRODEMU, personal de educación parvularia, MINVU, y demanda local; que sean beneficiarias del sistema público de salud (FONASA y/o PRAIS) y mayores de 20 años.

9.- Atención de Morbilidad Odontológica en extensión horaria

Busca facilitar el acceso a la atención odontológica a los hombres y mujeres mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales.

10.- Atención odontológica integral para el adulto de 60 años (GES)

Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios del Sistema Público de Salud de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes.

11.- Urgencia odontológica ambulatoria (GES)

Busca entregar atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergable.

12.- Ortodoncia preventiva e interceptiva (OPI)

Se busca facilitar la realización de prestaciones de ortodoncia preventiva e interceptiva, alineando los esfuerzos realizados por los odontólogos de atención primaria y secundaria teniendo como enfoque principal la realización de tratamientos oportunos que permitan prevenir e interceptar anomalías dentomaxilares, lo que se traducirá en una mejora en la utilización de tiempos, recursos y calidad de atención, colaborando así con el

cumplimiento de las necesidades y expectativas de los beneficiarios (as) y con la disminución de la demanda de atención para la especialidad de ortodoncia.

13.- Atención odontológica integral para usuarios del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) de la comuna de Osorno

Durante el año 2018 se realiza contratación de un odontólogo el cual entrega atención dental a usuarios de las distintas comunidades mapuche-huilliche de la comuna. El objetivo es mejorar el acceso y oportunidad para la atención dental de este grupo de personas.

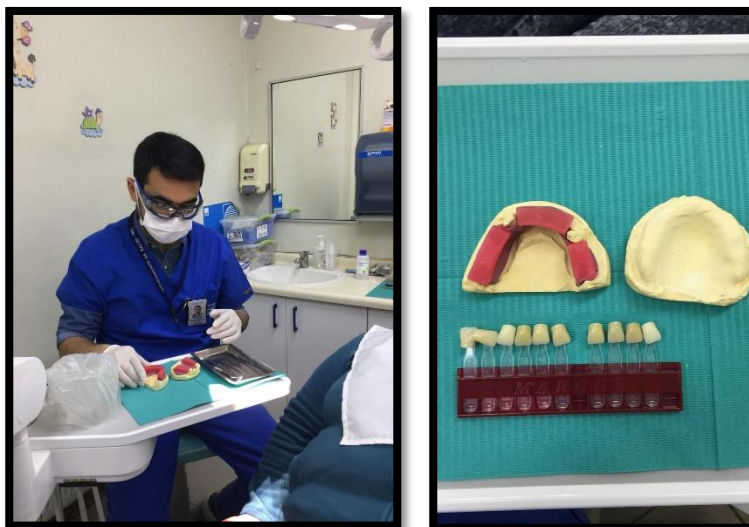
14.- Atención odontológica domiciliaria

Se realiza en nuestra ciudad desde el año 2017. Su objetivo es entregar atención odontológica a usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria, a personas con dependencia severa y su(s) cuidador(es), en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.



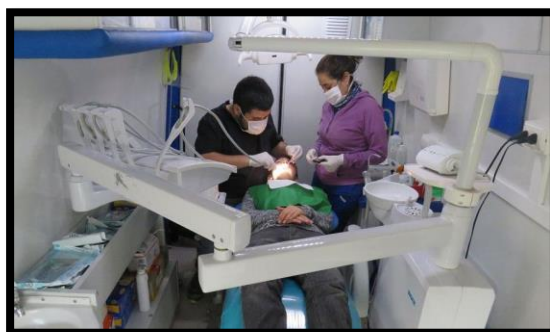
15.- Rehabilitación Oral con Prótesis Removible

Con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y calidad de las prótesis dentales, en el presente año , el Departamento de Salud impulsa un cambio en la entrega de prótesis dentales a la población como una forma de garantizar la oportunidad , la continuidad de atención y la calidad de esta prestación odontológica. Es así como, se gestionan los recursos profesionales, financieros y técnicos para entregar atención con profesional especialista en Rehabilitación Oral lo que permitirá confeccionar nuestras propias prótesis.



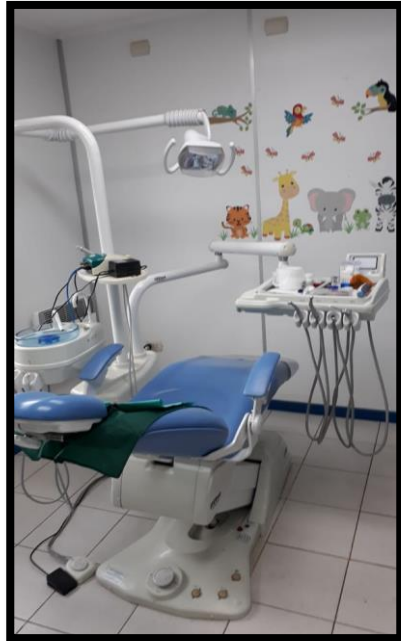
16.- Clínica dental móvil

El Departamento de Salud de Osorno cuenta con 2 clínicas dentales móviles, cuyo objetivo es llevar atención odontológica a los sectores con mayores problemas de acceso a la atención dental, se atienden escuelas y familias de lugares apartados de la ciudad.

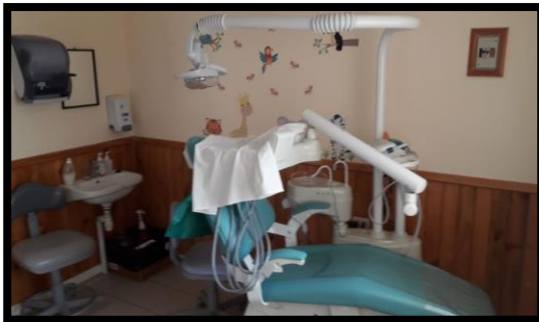


17.- Atención odontológica en el sector rural

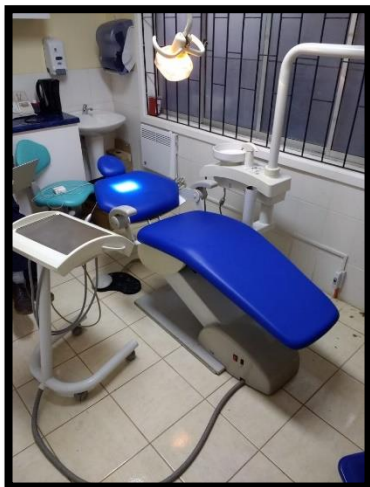
A.- Posta Cancura



B.- Posta Pichi Damas



C.- Estación Medico Rural Forrahue

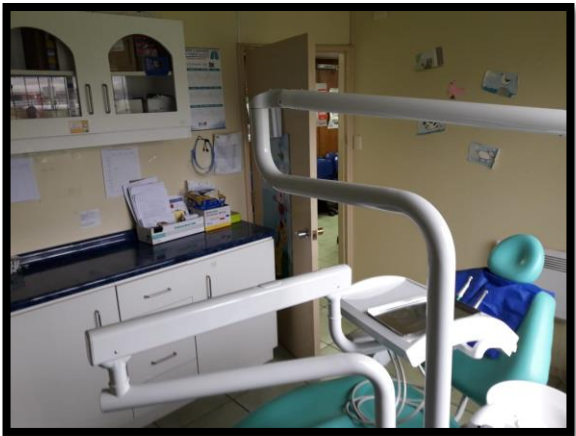




D.- Estación Médico Rural Pichil



E.- Estación Médico Rural La Florida



PROGRAMA VIDA SANA

El cambio demográfico de mayor influencia sobre el sistema sanitario en las últimas décadas ha sido el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad. Dicho envejecimiento de la población ha implicado una modificación del perfil epidemiológico, con un incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y aumento en la demanda de atención sanitaria creciente a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad, en donde la malnutrición por exceso se ha constituido en una epidemia creciente a nivel mundial y nacional, incrementándose en más del 75% en todo el mundo desde 1980. Esto constituye uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, con una alta proporción de países que presentan más de un 30% de su población con exceso de peso (OMS, 2011).

Este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida occidental. Chile no ha estado ajeno a esta situación y muestra en la actualidad un perfil epidemiológico semejante al de países con mayor desarrollo, con un predominio de enfermedades no transmisibles (ENT), tales como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cánceres, diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial, entre otras. Las cuales están asociadas a estilos de vida, hábitos y costumbres que introduce la modernización, tales como: sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés y tabaquismo. Por otra parte, la primera Encuesta Nacional de Salud de Chile 2003, dejó en evidencia la magnitud de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (MINSAL/PUC, 2004). Estos resultados fueron confirmados por la segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, donde nuevamente destacó un predominio de estilos de vida poco saludables con elevado consumo de tabaco, sedentarismo y exceso de peso, entre otros (MINSAL/PUC, 2011). Esta misma encuesta evidenció en el último año una importante prevalencia de patología cardiovascular, seguida de enfermedades respiratorias crónicas y depresión.

El Programa Vida Sana, es un programa preventivo que busca contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial a través de la intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física dirigida a niños(as), adolescentes y adultos.

El programa se desarrolla en la comuna de Osorno desde al año 2012, entregando prestaciones de Médico, Psicóloga, Nutricionista, talleres educativos grupales y sesiones de actividad física, por un periodo entre 6 a 12 meses.

En este ciclo 2018, la comuna de Osorno cuenta con 500 cupos designados, los cuales se distribuyen en los siguientes grupos etareos:

DISTRIBUCIÓN DE CUPOS		
GRUPO ETAREO	CUPOS	PORCENTAJE
2 a 5 años	100	20%
6 a 19 años	175	35%
20 a 64 años	225	45 %

De los cuales se han ingresado al sistema APP del MINSAL 467 usuarios, equivalente a un 93 %.

Los establecimientos beneficiados con las prestaciones del programa son los siguientes:

- Jardines infantiles: Pisatraiguen, Pequeños Pasos, Blanca Nieves y los 7 enanitos, Capullito y Bosque de Colores.
- Escuela Carlos Condell.
- CESFAM: V Centenario, Pedro Jauregui, Rahue Alto, Pampa Alegre, Marcelo Lopetegui y Ovejera.
- Residencia para niñas Fundación El Alba.

El programa busca que nuestros usuarios con sobrepeso y obesidad propensos a enfermedades crónicas, puedan obtener herramientas mediante las distintas atenciones, que les permitan mantener en el tiempo los hábitos saludables adquiridos y continuar incorporando la práctica de actividad física dentro de sus actividades cotidianas.

Es por esto que las prestaciones son cercanas o en los mismos centros de salud y establecimientos educacionales, manteniendo durante todo el año la posibilidad de ingreso al programa y fluida comunicación con los usuarios utilizando las diferentes redes sociales.

➤ PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO

Desde Junio del año 2016 en nuestra COMUNA comenzó la ejecución del Programa Piloto de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias en alto riesgo psicosocial en la atención primaria de salud; Programa que va en directo beneficio de Familias con personas de entre 0 a 24 años que presenten indicadores de vulnerabilidad social y que se encuentren inscritas en el CESFAM.

De esta manera, el programa, tiene como propósito “Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de Salud Mental” , facilitando de esta manera la vinculación del niño, niña, adolescente o joven a diversas prestaciones otorgadas por el Centro de salud familiar, como asimismo a otros programas de la comuna, promocionando de esta manera su calidad de vida personal, familiar y comunitaria.



PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

EL programa "**Más adultos mayores autovalentes**", busca a personas de la tercera edad autovalentes, para prolongar los años con buena calidad de vida.

El programa está destinado a mejorar la condición funcional de los adultos mayores, por medio de la educación, integración y participación en talleres sobre autocuidado, estilos de vida saludable, prevención de caídas y estimulación de funciones cognitivas y motoras.

Estos talleres son ejecutados por un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional. Los cuales se realizan en sedes vecinales y comunitarias.

Los requisitos para ser parte de este programa son:

- Personas de 65 años y más, afiliados a FONASA.
- Estar inscrito en algún establecimiento de salud de la comuna.
- EMPAM vigente (Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor), con resultado de Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS Y FAMILIAS QUE VIVEN CON DEMENCIA



El *Plan Nacional de Demencias*, establece cuatro ejes de acción:

La atención socio-sanitaria para personas con demencia y su entorno en el nivel primario de salud

La atención socio-sanitaria en el nivel de especialidad, a través de las Unidades de Memoria en los hospitales de mediana y alta complejidad, en complemento con el *Programa Centros de Apoyo Comunitario* para personas con demencia.

La sensibilización en la construcción social de las demencias.

Y las intervenciones psicosociales con familiares y cuidadores.

➤ CHILE CRECE CONTIGO

Es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal y de apoyos focalizados especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.



Lo anterior se logra a través del seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder. A partir del año 2016 se inicia una ampliación progresiva del Sistema Chile Crece Contigo que contempla los niños/as hasta 4° básico (8 o 9 años de edad). La extensión en la cobertura de ChCC considera el acceso a tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad en niños y niñas entre los 5 a 9 años y sus familias.

Además, a partir de este año 2017 todos quienes asisten a establecimientos educacionales municipales y que cursan pre kínder se realizó la entrega de un juego especialmente diseñado para ellos, denominado “Rincón de Juegos” del Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, que permite que niños y niñas disponga en su hogar de un material para jugar, crear, explorar y favorecer con ello su desarrollo. En la comuna de Osorno se entregaron 500 “Rincones de Juegos”.

La Atención Primaria de Salud Municipal es la puerta de entrada al sistema de protección la cual busca incorporar a la familia y hacerla partícipe de este proceso, con el fin de mejorar, fortalecer y modificar todos los factores de riesgo que pudieran afectar en forma negativa las áreas del desarrollo en la Primera Infancia.

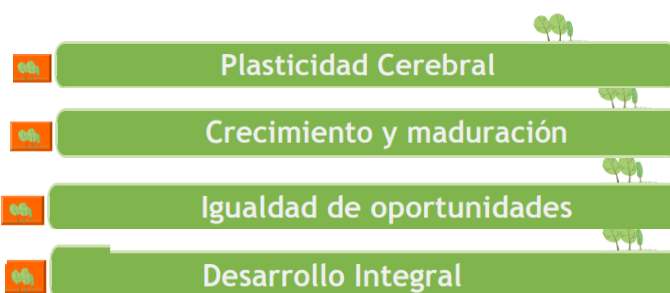
Nuestra comuna cuenta con dos Establecimientos de Estimulación Temprana, el Centro de Estimulación Temprana de Ovejería y la Sala de Estimulación CESFAM Quinto Centenario, los cuales están orientados a fomentar el desarrollo de factores protectores, habilidades parentales y estimulación, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran los niños y niñas con el fin de revertir la situación de déficit en el desarrollo psicomotor y facilitar su recuperación.

Chile Crece Contigo también consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, existiendo una “Red Comunal Chile Crece Contigo” integrada por diferentes instituciones las que ponen a disposición de los niños y niñas y sus familias toda la oferta de servicios de que disponen.



Para el financiamiento de Chile Crece Contigo se cuenta con recursos del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) y el programa Fortalecimiento Municipal del Ministerio de Desarrollo Social y Fondos del Departamento de Salud Municipal.

CONCEPTOS CLAVES QUE FUNDAMENTAN EL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.



Lo anterior se logra a través del seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder. A partir del año 2016 se inicia una ampliación progresiva del Sistema Chile Crece Contigo que contempla los niños/as hasta 4° básico (8 o 9 años de edad). La extensión en la cobertura de ChCC considera el acceso a tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad en niños y niñas entre los 5 a 9 años y sus familias a través del Programa de Apoya a la Atención de Salud Mental Infantil (PASMI).

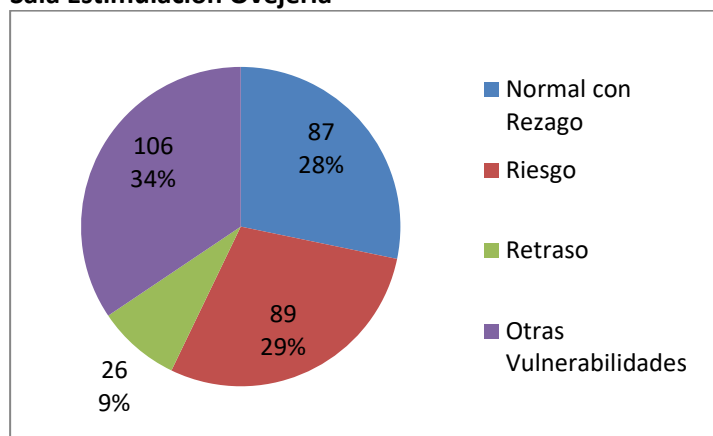
La Atención Primaria de Salud Municipal es la puerta de entrada al sistema de protección la cual busca incorporar a la familia y hacerla partícipe de este proceso, con el fin de mejorar, fortalecer y modificar todos los factores de riesgo que pudieran afectar en forma negativa las áreas del desarrollo en la Primera Infancia.

Nuestra comuna cuenta con dos Establecimientos de Estimulación Temprana, la Sala de Estimulación Temprana de Ovejería ubicada en calle Talca N° 426 en Rahue Bajo que atiende niños/as de los CESFAM Dr. Marcelo Lopetegui, Pampa Alegre, Rahue Alto, Ovejería y sector Rural y la Sala de Estimulación CESFAM Quinto Centenario que se encuentra ubicada en el CESFAM y población del mismo nombre en calle Sevilla N°1620 y atiende niños de CESFAM Dr. Pedro Jáuregui y Quinto Centenario. Ambos establecimientos de estimulación temprana están orientados a fomentar el desarrollo de factores protectores, habilidades parentales y estimulación, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran los niños y niñas con el fin de revertir la situación de déficit en el desarrollo psicomotor y facilitar su recuperación recibiendo apoyo multiprofesional por parte de Educadora de Párvulos, Terapeuta Ocupacional y Fonoaudióloga a través de sesiones individuales y grupales.

Los niños y niñas atendidos en Sala de Estimulación Temprana corresponden a edad de 0 a 4 años 11 meses 29 días. En su mayoría son niños/as que presentan como previsión de salud tramo A, y se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

**DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A SALA ESTIMULACIÓN TEMPRANA
ENERO A SEPTIEMBRE 2018**

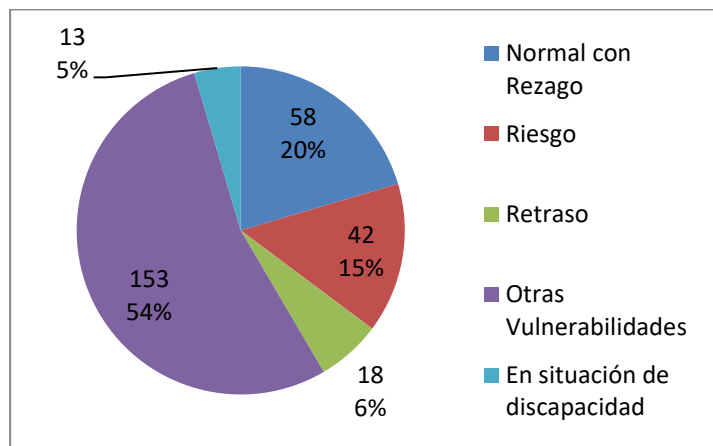
Sala Estimulación Ovejería



Diagnostico	
Normal con Rezago	87
Riesgo	89
Retraso	26
Otras Vulnerabilidades	106
TOTAL	308

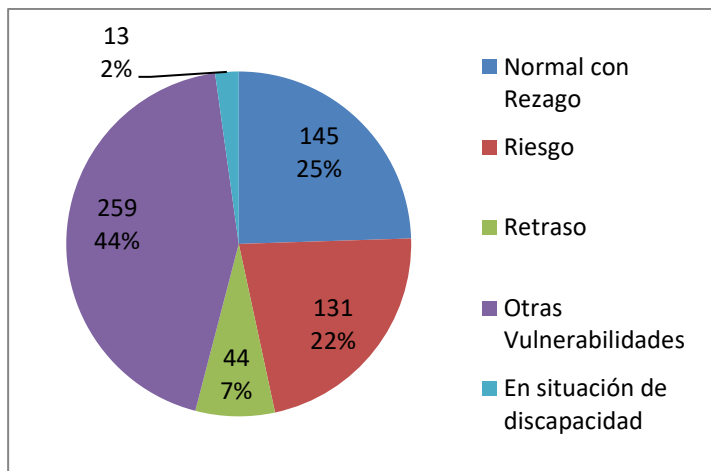
Obs. No se contabilizan ingresos por situación de discapacidad

Sala Estimulación Quinto Centenario



Diagnostico	
Normal con Rezago	58
Riesgo	42
Retraso	18
Otras Vulnerabilidades	153
En situación de discapacidad	13
TOTAL	284

Ingresos a Salas de Estimulación Comuna de Osorno



Diagnostico	
Normal con Rezago	145
Riesgo	131
Retraso	44
Otras Vulnerabilidades	259
En situación de discapacidad	13
TOTAL	592

A nivel comunal, desde enero a septiembre 2018, han ingresado a tratamiento en Sala de Estimulación Temprana 592 niños/as, de estos un 44% ingresó por "Otras vulnerabilidades", un 25% corresponde a "Normal con rezago", un 22% "Riesgo", 7% "Retraso" y un 2% a niños/as en situación de discapacidad.

PARTICIPACIÓN SOCIAL:**PRESENTACIONES COMUNALES DE GRUPOS DE ACTIVIDAD FÍSICA:****“DANZA Y FOLCLOR MEJORAN NUESTRA SALUD” Y “AL RITMO DE LA SALUD”**

Hace más de 12 años se realizan en nuestra ciudad 2 presentaciones comunales de actividad física cada año: “Encuentro Folclórico Comunal, Danza y Folclor Mejora Nuestra Salud” (septiembre) y “Al ritmo de la salud” (diciembre). Ambas actividades organizadas por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Osorno, a través de los Programas Promoción de Salud, Consejo Comunal Vida Chile y Salud Cardiovascular, con el objetivo de promover estilos de vida más sanos y saludables en la población.

Con la presencia de aproximadamente 1000 personas, niños/as, jóvenes y adultos, representantes del Departamento de Salud Municipal, dirigentes de los Consejos de Desarrollo, asistentes sociales de los Centros de Salud de Atención Primaria; más de 15 grupos de actividad física presentan coreografías preparadas durante meses de trabajo.



Los grupos de actividad física agrupan a hombres y mujeres de diferentes grupos etarios de la comuna, los que funcionan al alero del Programa Cardiovascular y liderado por los profesores Sra. Rina Suazo y don Rodrigo Vera.

Generar entornos de vida más saludables que promuevan el envejecimiento con una mejor calidad de vida, es uno de los pilares y objetivos del programa, y la mantención en el tiempo de esta actividad destaca el compromiso de los usuarios y del Departamento de Salud en ello.

Como red de Promoción de Salud es un orgullo liderar esta tradicional iniciativa, es un hito importante para nuestra comunidad que busca fortalecer la práctica de actividad física y promover estilos de vida más saludables. Es importante mencionar que esta actividad corona el trabajo realizado durante todo el año por los grupos de actividad física de los diferentes centros de salud.



PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Programa Promoción de la Salud y su Comité Intersectorial Vida Chile se conforman en Osorno en el año 1998, y desde entonces han trabajado en forma conjunta. La función del Programa Promoción de la Salud en las comunas está contenida en la Estrategia Nacional del Ministerio de Salud 2011-2020, en su Objetivo Estratégico N° 3 “Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”, específicamente en lo que respecta a los objetivos de impacto de aumentar las personas con Factores protectores, disminuir la prevalencia de obesidad infantil y aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes.

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

Desde esta mirada, los desafíos estratégicos de la promoción de salud se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea crear entornos de apoyo que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable.

Para trabajar en esta dirección se proponen estrategias generales y específicas, que combinan responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

- a) Construcción de políticas públicas locales, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, tales como: decretos alcaldicios, ordenanzas municipales, proyectos de ley que sustenten la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y estudian.
- b) Intervenciones multinivel en los distintos componentes de salud pública, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros.



- c) Gestión Pública Participativa, mediante la vinculación de los dirigentes y comunidad en el diseño e implementación de las estrategias, con capacitación de dirigentes sociales para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana, que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas (diseño, implementación y evaluación).

La implementación del Plan estratégico para construir Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, requiere de procesos y protocolos sistemáticos validados y debidamente financiados, junto con la inclusión de intervenciones multinivel basadas en la evidencia con enfoque territorial. El plan trienal de promoción es el producto de un trabajo coordinado entre los diferentes integrantes del equipo intersectorial; formado por encargados de promoción de los establecimientos de salud, representantes del Comité Vida Chile, representantes de la comunidad organizada y del intersector (representantes de establecimientos de enseñanza básica, jardines infantiles y salas cuna, entre otros); tanto en el diagnóstico, priorización del problemas y diseño de estrategias y actividades a realizar en el período 2016-2018.. El año 2016 en un proceso participativo, metodológico y técnico, la comunidad organizada acuerda priorizar como problema a intervenir en los años 2016-2018: “la alta prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas de hasta 9 años en establecimientos educacionales básicos de la comuna”. Para esto se planifican y ejecutan un marco lógico, que además contiene estrategias a desarrollar el 2018:



FIN: Contribuir a mejorar la nutrición y hábitos de vida saludables en niños y niñas hasta 9 años en establecimientos educacionales intervenidos de la comuna de Osorno

	INDICADORES	ACTIVIDADES	ACTORES INVOLUCRADOS
RESULTADO ESPERADO 1: Aumento de practica de actividad física deportiva recreativa familiar en sectores vulnerables donde se encuentren los establecimientos educacionales a trabajar	30 % de los niños y niñas hasta 9 años de los establecimientos educacionales intervenidos aumenta la práctica de actividad física	- Escuelas de Gestores - Abogacía -Talleres vecinales de actividad física (con perspectiva de género) a lo largo del ciclo vital. -Eventos deportivos recreativos familiares (no competitivo) con participación activa del intersector - Aumentar la práctica de actividad física en los establecimientos educacionales (Recreos o pausas activas, juegos u otro similar) - Difusión de la importancia de los factores protectores en las familias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejos de Desarrollo Local ✓ Grupos de actividad física programa cardiovascular ✓ Intersector ✓ Comunidad Organizada ✓ Establecimientos educacionales pre básicos, básicos y medios. ✓ Equipos de salud ✓ Comité Intersectorial Vida Chile
RESULTADO ESPERADO 2: Fortalecer hábitos alimentarios saludable en las familias	<p>1) 100% de los establecimientos preescolares intervenidos acceden a capacitación sobre alimentación saludable e implementan huertos urbanos verticales</p> <p>2) 25% de los niñas/niños intervenidos modifican favorablemente uno de los factores trabajados: consumo de agua dentro del establecimiento, porciones, consumo de alimentos sin sellos, practica de actividad física</p>	<p>- Capacitación teórica- práctica a Jardines Infantiles, escuelas y/o grupos comunitarios sobre cultivo de huertos sustentables en espacios reducidos y construcción de huertos urbanos verticales.</p> <p>- Construcción de huertos verticales en cada establecimiento participante.</p> <p>- Desarrollar estrategias participativas en establecimientos preescolares de JUNJI e INTEGRA intervenidos con fines de fortalecer consumo del agua y la práctica de actividad física, en el establecimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejos de Desarrollo Local ✓ Establecimientos educacionales pre básicos, ✓ Comité Intersectorial Vida Chile
RESULTADO ESPERADO 3: Establecimientos Educacionales Básicos intervenidos con baja o nula ingesta de alimentos con sellos al interior de sus establecimientos	<p>1) 50% de Establecimientos Educacionales de Enseñanza Básica intervenidos presentan acciones de regulación en colaciones y celebraciones escolares saludables y/o actividad física incorporadas en sus planificaciones educativas o PADEM a Dic. 2018</p> <p>2) 50% de los niños y niñas hasta 9 años pertenecientes a los establecimientos intervenidos identifican el significado de los sellos negros en los alimentos y los definen como no saludables a dic. 2018</p> <p>3) 25% de los niños y niñas hasta 9 años pertenecientes a los establecimientos intervenidos, cambia colaciones escolares no saludables (con sellos) por colaciones escolares</p>	<p>- Diálogos alimentación y estilos de vida saludables.</p> <p>- Realizar talleres y estrategias participativas en 8 Establecimientos Educacionales Básicos a intervenir sobre colaciones y celebraciones escolares saludables, fortalecer consumo del agua y la práctica de actividad física.</p> <p>- Evaluar conocimiento de las Guías alimentarias, hábitos alimentarios y práctica de actividad física.</p> <p>- Aplicar encuesta que permita evaluar conocimiento y cumplimiento ley 20606 en establecimientos educacionales dependientes del DAEM</p> <p>- Evaluar estado nutricional de niños y niñas de primer ciclo (hasta 9 años) en establecimientos abordados y dependientes del DAEM.</p> <p>- Reforzar contenidos ley 20,606 en la comunidad educativa de los establecimientos educacionales dependientes del DAEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejos de Desarrollo Local ✓ Intersector ✓ Establecimientos educacionales básicos y medios. ✓ Equipos de salud ✓ Comité Intersectorial Vida Chile

	saludables al 2018 4) 100% de Establecimientos Educativos de Enseñanza Básica intervenidos presentan evaluación de kioscos escolares al 2018		
RESULTADO ESPERADO 4: Programa de Fomento de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses del niño o niña	1) 30% de los establecimientos de APS en la comuna cuentan con espacio de lactancia 2) 50% de las salas cunas PEC de la comuna con estrategias de educación y difusión sobre la importancia de la lactancia materna en nivel sala cuna menor.	- Estrategia de apoyo y promoción a la lactancia materna - Habilitar sala de lactancia en un establecimiento de salud - Plan de intervención sobre fortalecimiento de la lactancia materna en nivel medio menor de las salas cunas PEC- JUNJI.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intersector ✓ Establecimientos educativos pre básicos, ✓ Comité Intersectorial Vida Chile

PROGRAMA PARTICIPACION SOCIAL COMUNITARIA

La Participación ciudadana se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud.

La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud. La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Consejos Consultivos de Jóvenes, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Para dar una coherencia a la política pública de salud orientada hacia el logro de los objetivos sanitarios desde el enfoque integral del modelo de salud familiar se hace hoy en día necesario la inclusión del enfoque la participación ciudadana desde la etapa de planificación en la Atención Primaria, “Fortalecer la capacidad de la gente para participar en las decisiones que afectan sus vidas” (Declaración de Santa Fe de Bogotá sobre promoción de la Salud y Equidad – OPS)

Actividades relevantes en Participación Ciudadana en la comuna de Osorno:

❖ Encuentros de Salud Comunal: 20 años juntos

En Salones del Hotel Sonesta de nuestra ciudad, con la presencia de aproximadamente 150 dirigentes sociales pertenecientes a los Consejos de Desarrollo y representantes de establecimientos educacionales, Directivos del Departamento de Salud Municipal, directores de los Centros de Salud

de Atención Primaria, y autoridades comunales, se realizó el “XX Encuentro de Salud Comunal 2018”, organizado por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Osorno enmarcado en las acciones de Promoción de la Salud y Participación Social.

Desde hace 20 años los “Encuentros Locales de Salud”, son una manera participativa de recoger las necesidades de salud de la comunidad y generar junto a los equipos de salud, las estrategias para trabajar en ellas. Se busca conocer, por medio de la opinión de los usuarios, las fortalezas y debilidades que presenta el sistema de salud y los problemas comunitarios de salud; con la finalidad de elaborar un plan anual de trabajo conjunto en el cual participan activamente los Centros de Salud y los Consejos de Desarrollo Local tanto urbano como rurales.

El Encuentro de Salud Comunal, es la instancia en la cual los representantes de todos los Consejos de Desarrollo de la zona urbana y rural, comparten experiencias y conocen las problemáticas de toda la comuna. Es la instancia a demás donde se reconoce el rol del dirigente social en salud y su aporte al modelo de salud familiar y comunitario.

Desde el año 2015, trabajan con la metodología de planes trienales de promoción de la salud 2016-2018 que buscar dar continuidad a los problemas detectados y a las estrategias de intervención. En conjunto con la comunidad se generan las estrategias para abordar los problemas. Desde este trabajo surgen las actividades masivas como: caminatas, zumbaton, ferias, campeonatos de futbol mixtos inter escuelas, etc. Se fortalecen además las competencias técnicas de los dirigentes y comunidad a través de las escuelas de gestores, diálogos ciudadanos y capacitación continúa.

El Municipio en su compromiso con la salud de las personas, está en permanente búsqueda de mejora, ampliando la infraestructura de salud, mejorando la resolutiveidad e implementando actividades innovadoras en beneficio de nuestra población. Fortaleciendo además las instancias de participación social, con contacto directo con sus equipos de salud y autoridades de salud.





❖ Diálogos de alimentación y entornos saludables

Aproximadamente 1000 personas, se dieron cita durante este año 2016/2018, con el fin de promover estilos de vida saludables en niños/as y sus familias y además difundir la nueva normativa; sobre la Ley 20.606: composición, etiquetado y publicidad de los alimentos. Esta actividad es organizada por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Osorno en el marco de las acciones del Programa Promoción de la Salud.

Representantes de la comunidad educativa (directivos y centro general de padres y apoderados) de establecimientos educacionales pre básicos, básicos y medios municipales, subvencionados y particulares de nuestra comuna, representantes de los Consejos de Desarrollo y de Salud y funcionarios de atención primaria de salud; presenciaron las exposiciones de los equipos de salud y además trabajaron facilitadores y obstaculizadores para generar entornos y hábitos saludables.

Los asistentes a la actividad se mostraron felices por recibir capacitación respecto a la nueva normativa y concordaron en la importancia de realizar cambios estructurales que permitan favorecer la práctica de actividad física dentro y fuera de los establecimientos educacionales y reconvertir los quioscos que venden alimentos no saludables afuera de los establecimientos educacionales. Se generaron además insumos que permitirán realizar una planificación más cercana a la comunidad, tomando en cuenta sus opiniones y sugerencias. Entre ellas podemos destacar:

Facilitadores de una alimentación saludable

- Talleres prácticos de alimentación saludable en establecimientos educacionales.
- Uso de vegetales y productos de la zona.
- Subsidio a productores locales (vegetales-frutas-mariscos-pescados, etc.)
- Quioscos con alimentos saludables o bien con una opción saludable en la zona centro de Osorno.
- Mejorar acceso a tomar agua.

- Platos con buena presentación en colegios.
- Talleres que nos enseñen que comprar y como preparar.
- Huertos Urbanos, tema del cual se ha estado trabajando con escuelas y jardines del sector.

Obstaculizadores de una alimentación saludable.

- Presentación poco agradable de los alimentos en el casino de los colegios
- Acceso a agua solo en el baño de los colegios, sin vasos, etc.
- La falta de educación
- Problemas de acceso a alimentos saludables en quioscos u otros.
- Venta de productos “altos en” en los alrededores de los colegios.
- Culturas y tradiciones de la zona, por ejemplo: el sofreír “todo”, mucho consumo de papa, etc.
- Las madres ya no enseñan a las nuevas generaciones a cocinar comidas saludables, como cazuela, charquicán, etc.
- Falta difusión de las políticas de alimentación saludable al profesorado. Y directivos
- Publicidad atractiva de comida chatarra

Propuestas para control social

- Generar ordenanza municipal que fomente la práctica del deporte y además que regule la venta de alimentos.
- Que los apoderados ejerzan un rol contralor respecto al cumplimiento de las áreas de actividad física (horas pedagógicas y talleres).
- Mantener articulación y continuidad de minuta de colaciones hasta 4° medio.
- Continuar con diálogos y difusión en el resto de la comunidad.
- Establecer formas de regulación para los vendedores que trabajan fueran de los establecimientos educacionales.





- METAS SANITARIAS, INDICES DE ACTIVIDADES APS Y METAS DE GESTION

SECCION IV



METAS SANITARIAS ATENCION PRIMARIA DE SALUD OSORNO

La Ley N° 19.813 formula un conjunto de acciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos de salud y que, anualmente, son negociadas entre el Ministerio de Salud, los trabajadores de Salud Primaria y las Entidades Administradoras de Salud. Las siguientes tablas presentan las metas negociadas por la comuna de Osorno y su cumplimiento a diciembre de 2017.

Las Metas Sanitarias Ley N° 19.813 formuladas por el Ministerio de Salud definidas y negociadas para el año 2017, se desglosan en las siguientes tablas:

CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS 2017

META 1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor			META 2 Aumentar el Nro. de Mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente			META 3 A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años		
META 1 90%	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2017 NUMERADOR	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2017 DENOMINADOR	META 2 Disminuir en 25% la brecha	N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a 2017 NUMERADOR	N° comprometido de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2017 DENOMINADOR	META 3A 74%	N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2017 NUMERADOR	Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2017 DENOMINADOR
69%	105	152	90%	20.437	22.756	84.%	1.581	1.873

META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas			META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años			META 4A : Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más		
META 3B 70%	N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2017 NUMERADOR	N° Total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre del 2017 DENOMINADOR	META 3C 75%	N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2017 NUMERADOR	Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2017 DENOMINADOR	META 4A 36,8%	N° Pers. diabéticas de 15 a 79 años con Hb A1c<7% + personas DM2 80 y + años con HbA1c bajo <8% según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia DENOMINADOR
90%	1.265	1.406	78%	1.562	1.997	36%	4.990	13.862

META 4B :Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y mas años			META 5 Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más			META 6 Cobertura de Lactancia materna exclusiva (Lme) en menores de 6 meses de vida		
META 4B 90%	N° de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con una evaluación de pie vigente NUMERADOR	N° total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control al corte DENOMINADOR	META 5 53,9%	Nº personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg, + personas hipertensas de 80 y mas años con PA<150/90según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia DENOMINADOR	META 6 52%	Nº de niños/as que al control de salud del 6to mes recibieron LME en el periodo Enero-Dic 2017 NUMERADOR	Nº de niño/as con control de salud del 6to mes realizado en el periodo Enero- Dic 2017 DENOMINADOR
75%	7.006	9.353	51%	13.292	26.227	49%	588	1194

Para el año 2018, se presentan las tablas de negociación de cada una de ellas y los cumplimientos a la fecha (septiembre).

METAS SANITARIAS 2018 (Enero- Septiembre)

META 1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor			META 2 Aumentar el Nro. de Mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente			META 3 A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años		
META 1 90%	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2018 NUMERADOR	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2018 DENOMINADOR	META 2 Disminuir en 25% la brecha	Nº logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a 2018 NUMERADOR	Nº comprometido de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2018 DENOMINADOR	META 3A 74%	Nº de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2018 NUMERADOR	Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2018 DENOMINADOR
58%	69	38	59%	20.801	39.781	65%	1.260	1.947

META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas	META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	META 4A : Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más
--	---	---

META 3B 70%	Nº de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2018 NUMERADOR	Nº Total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre del 2018 DENOMINADOR	META 3C 77%	Nº niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2018 NUMERADOR	Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2018 DENOMINADOR	META 4A 36,03%	Nº Pers. diabéticas de 15 a 79 años con Hb A1c<7% + personas DM2 80 y + años con HbA1c bajo <8% según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia DENOMINADOR
76%	901	1.188	60%	1.180	1.984	36%	4.378	13.924

META 4B :Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y mas años			META 5 Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más			META 6 Cobertura de Lactancia materna exclusiva (Lme) en menores de 6 meses de vida		
META 4B 90%	Nº de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con una evaluación de pie vigente NUMERADOR	Nº total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control al corte DENOMINADOR	META 5 51%	Nº personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg, + personas hipertensas de 80 y mas años con PA<150/90según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia DENOMINADOR	META 6 52%	Nº de niños/as que al control de salud del 6to mes recibieron LME en el periodo Enero-Dic 2018 NUMERADOR	Nº de niño/as con control de salud del 6to mes realizado en el periodo Enero- Dic 2018 DENOMINADOR
86%	7.821	9.103	48%	12.736	26.404	54%	503	930

NEGOCIACION METAS SANITARIAS 2019

META 1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor	META 2 Aumentar el Nro. de Mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente	META 3 A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años
---	--	---

META 1 90%	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2019 NUMERADOR R	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2019 DENOMINADOR R	META 2 Disminuir en 25% la brecha	N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a 2019 NUMERADOR R	N° comprometido de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2019 DENOMINADOR R	META 3A 75%	N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica a total de enero a diciembre 2019 NUMERADOR OR	Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2019 DENOMINADOR R
-----------------------------	--	--	---	---	---	------------------------------	--	---

META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas			META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años			META 4A : Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más		
META 3B 75%	N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2019 NUMERADOR	N° Total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre del 2019 DENOMINADOR	META 3C 77%	N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2019 NUMERADOR	Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2019 DENOMINADOR	META 4A 36,03%	N° Pers. diabéticas de 15 a 79 años con Hb A1c<7% + personas DM2 80 y + años con HbA1c bajo <8% según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia DENOMINADOR

META 4B :Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y mas años			META 5 Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más			META 6 Cobertura de Lactancia materna exclusiva (Lme) en menores de 6 meses de vida		
META 4B 90%	N° de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con una evaluación de pie vigente NUMERADOR	N° total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control al corte DENOMINADOR	META 5 Aumentar 3 puntos porcentuales o la meta nacional de 54%	N° personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg, + personas hipertensas de 80 y mas años con PA<150/90según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR	Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia DENOMINADOR	META 6 54%	N° de niños/as que al control de salud del 6to mes recibieron LME en el periodo Enero-Dic 2019 NUMERADOR	N° de niño/as con control de salud del 6to mes realizado en el periodo Enero- Dic 2019 DENOMINADOR

IAAPS 2017-INDICE DE ACTIVIDAD ATENCION PRIMARIA

El aporte estatal a la administración municipal de Atención Primaria de Salud es otorgado a cada entidad administradora de salud con el fin de que éstas puedan proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna, en función del Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar II, enumeradas en el artículo 5 del Decreto N° 31 de diciembre 2017 que define el financiamiento de la Atención Primaria de Salud , año 2018.

En ese sentido, para garantizar que dichas prestaciones se estén otorgando a las respectivas poblaciones a cargo, el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud - IAAPS- opera como un set de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la Atención Primaria desde la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Estos indicadores se construyen para evaluar el desarrollo armónico de los cuatro ámbitos de abordaje de las Redes Integradas de Servicios de Salud, a modo de cadena de resultados: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategias, Organización y Gestión y Asignación de Recursos e Incentivos. Lo que se busca con los indicadores contruidos de la manera recién mencionada es retroalimentar la gestión de salud que, a su vez, permita configurar la mejor forma de provisión de servicios y de abordaje de las necesidades de salud de la población.

El “Índice de Actividad de La Atención Primaria” 2018 se oficializa año a año, mediante Decreto Supremo y establece el conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona entregando el financiamiento mensual a las entidades administradoras de salud, aplicando rebajas ante los incumplimientos.

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



IAAPS 2017

➤ **ESTRATEGIA RISS**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada 2017	Cumplimiento 2017
1	Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	N° de Centros de Salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente / Total de Establecimientos de Salud de la comuna	100%	100%
2	Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar.	N° de familias evaluadas según riesgo familiar/ N° total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	40%	34%
3	Ámbito RISS Gobernanza y Estrategia: Gestión de reclamos en atención primaria, con enfoque participativo (analizados en reuniones de mesas territoriales, de Consejo local de Salud u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud)	(N° total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (15 días) / N° total de reclamos) *100	97%	100%
		Establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de Consejo de Salud, la mesa territorial u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud, el análisis de reclamos.	100%	100%
4	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención	(N° establecimientos funcionando de 8:00 am a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas / N° total de establecimientos visitados)*100	100%	100%
		(N° de Fármacos trazadores disponibles/ N° total de fármacos trazadores) * 100		

➤ INDICADORES DE PRODUCCIÓN

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada 2017	Cumplimiento 2017
5	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año =1	Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos/ Población inscrita	1,1	1
6	Porcentaje de consultas resueltas en atención primaria <=10%	(Nº SIC de Control y Consulta Médica en APS /Nº Total de Controles y Consulta Médica en APS)*100	8.6%	8.2%
7	Tasa de Visita domiciliaria Integral = 0,22	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita /3,3)	0,18	0.22
8	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	18,75%	25,3%
		(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años / Total de la población de mujeres de 45 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	26,6%	31%
		(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a		
		hombres y mujeres de 65 y más años / Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita)*100	55%	57%
9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control)*100	94%	92,2%
10	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ Población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	12,83%	15%
11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años)*100	24%	37,6%
12	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	(Nº de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia)*100	34%	34,4%
13	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años.	(Nº de personas con diagnóstico de Asma + Nº de personas con diagnóstico de EPOC/ Número de personas esperadas según prevalencia de asma y EPOC)*100	22%	23,4%
14	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio	(Nº de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio)*100	22%	100%

➤ **Indicadores de Cobertura Efectiva:**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada 2017	Cumplimiento 2017
15	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	Nº de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos GES atendidos en APS)*100	100%	100%
16	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	(Nº de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con antiinfluenza /Total de población inscrita de los grupos objetivos) *100	80%	5
17	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	88%	88%
18	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	(Nº de adolescentes de 15 a19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad / Total adolescentes de 15 a19 años inscritos)*100	22,22%	20,2%
19	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	35,2%	36%
20	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA< 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA <150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia)*100	54%	51%

➤ **Indicadores de Impacto**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada 2017	Cumplimiento 2017
21	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / Nº de niñas y niños menores de 3 años inscritos)*100	Línea base	15%

IAAPS 2018

➤ **ESTRATEGIA RISS**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada	Cumplimiento A Septiembre
1	Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	Nº de Centros de Salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente / Total de Establecimientos de Salud de la comuna	100%	Se evalúa en Diciembre
2	Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar.	Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	44%	45,8%
3	Ámbito RISS Gobernanza y Estrategia: Gestión de reclamos en atención primaria, con enfoque participativo (analizados en reuniones de mesas territoriales, de Consejo local de Salud u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud)	(Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (15 días) /Nº total de reclamos) *100	97%	100%
		Establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de Consejo de Salud, la mesa territorial u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud, el análisis de reclamos.	100%	100%
4	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención	(Nº establecimientos funcionando de 8:00 am a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas / Nº total de establecimientos visitados)*100	100%	100%
		(Nº de Fármacos trazadores disponibles/ Nº total de fármacos trazadores) * 100		

➤ **INDICADORES DE PRODUCCIÓN**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada	Cumplimiento A Septiembre
5	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año =1	Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos/ Población inscrita	1	0,76
6	Porcentaje de consultas resueltas en atención primaria <=10%	(Nº SIC de Control y Consulta Médica en APS /Nº Total de Controles y Consulta Médica en APS)*100	<10	0.86
7	Tasa de Visita domiciliaria Integral = 0,22	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita /3,3)	0,22	0.20
8	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	19,27%	13,6%
		(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años / Total de la población de mujeres de 45 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	28%	17,6%
		(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a		
		hombres y mujeres de 65 y más años / Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita)*100	57%	38,6%
9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control) *100	94%	73,4%
10	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ Población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	16,26%	13,8%
11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años) *100	21%	28%
12	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	(Nº de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia)*100	25,8%	33,8%
13	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años.	(Nº de personas con diagnóstico de Asma + Nº de personas con diagnóstico de EPOC/ Número de personas esperadas según prevalencia de asma y EPOC)*100	23,5%	24,5%
14	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio	(Nº de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio)*100	75%	44,3%

➤ **INDICADORES DE COBERTURA EFECTIVA**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada	Cumplimiento A Septiembre
15	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	$\frac{\text{Nº de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida}}{\text{Nº total de casos GES atendidos en APS}} * 100$	100%	100%
16	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	$\frac{\text{(Nº de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con antiinfluenza / Total de población inscrita de los grupos objetivos)}}{1} * 100$	80%	5
17	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	$\frac{\text{(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)}}{1} * 100$	88%	88,1%
18	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	$\frac{\text{(Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad / Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos)}}{1} * 100$	21%	30,06%
19	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	$\frac{\text{(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente / Total de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)}}{1} * 100$	36,03%	31,4%
20	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	$\frac{\text{(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente / Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia)}}{1} * 100$	51%	48,2%

➤ **INDICADORES DE IMPACTO**

Nº	Indicador	Fórmula	Meta Negociada	Cumplimiento a Septiembre
21	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	$\frac{\text{Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0}}{\text{Nº de niñas y niños menores de 3 años inscritos}} * 100$	45%	53%

METAS GESTION 2019 DEPARTAMENTO DE SALUD

Las metas 2019 ya fueron establecidas el año anterior, ya que la acreditación se debe instaurar como política.

CONTINUAR Y FORTALECER POLÍTICA DE CALIDAD DE LOS CESFAM	LINEA DE ACCION 1	ACTIVIDAD	VERIFICACION
	Política de Calidad Institucional	Instalación de la cultura de calidad en los procesos clínicos y administrativos de la red APS de Osorno.	Reuniones, flujogramas, consentimientos informados, etc.
		Fortalecimiento de los Comité de Calidad en los CESFAM	Decreto nombramiento y designación de funciones de Comité Calidad de cada Centro.
		Instalación de la mejora continua como una práctica permanente de los establecimientos de salud de APS de la comuna	Instalación de procesos de auditorías de eventos adversos, evaluaciones, planes de mejora
		Obtener Autorizaciones Sanitarias de las unidades críticas de los CESFAM	Resolución de autorización sanitaria vigente en cada unidad.

POSICIONAR AL DEPARTAMENTO DE SALUD EN LA COMUNIDAD	LINEA DE ACCION 1	ACTIVIDAD	VERIFICACION
	Posicionamiento de la imagen institucional del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Osorno	Diseño y desarrollo de un plan comunicacional estrategico del Departamento de Salud con enfasis en el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario.	Plan de Trabajo anual.
		Modernizar la estrategia comunicacional incluyendo y normando el uso de redes sociales como herramienta de trabajo.	Uso de redes sociales como herramienta de trabajo, de acceso amigable y con evaluacion de impacto en cada centro.
		Fortalecer la participacion comunitaria del Concejo de Desarrollo como nexo con la comunidad y con el intersector	Mantener y fortalecer reuniones de CODELOS, capacitacion de sus integrantes como agentes comunitarios.

	LINEA DE ACCION 2	ACTIVIDAD	VERIFICACION
	Fortalecimiento de la identidad institucional a nivel interno	Mejoramiento de los canales de comunicación interna y la participación a través de la constitución de un Comité Editorial Representativo, integrado por la Direcciones de los establecimientos y el DESMO.	Confección y difusión de Boletín Informativo DESMO. Diseño y activación de nueva página web institucional.
		Desarrollo de la identidad institucional a través de la incorporación de elementos de identificación corporativa (credenciales, formato documental, señalética, uniforme, etc)	Formatos documentales confeccionados, difundidos y usados. Otros elementos corporativos que se vayan agregando contienen nuevo formato de identidad institucional.
		Fortalecimiento del sentido de pertenencia hacia la institución a través de actividades que fomenten la cohesión social	Actividades de autocuidado se mantienen y se refuerzan, pausas activas, celebraciones institucionales, etc.



- **PRESUPUESTO E INFRAESTRUCTURA**

SECCION V



PROYECTO PRESUPUESTO 2018 DEPARTAMENTO DE SALUD

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, el marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud, administrada por los municipios, se encuentra en la Ley N° 19.378, y se dividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas: Percápita, Programas de Reforzamiento, e Iniciativas Extraordinarias de Capacitación Perfeccionamiento y Aporte Municipal.

Código 115 INGRESOS

SUB.	ITEM	ASIG	SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	PROYECTO PPTO. 2019 EXPRESADO M\$
				TOTAL DE INGRESOS	20.830.530
05				Transferencias Corrientes	17.985.000
	03			De Otras Entidades Públicas	17.985.000
		006		Del Servicio de Salud	17.277.000
			001	Atención Primaria Ley 19.378 Art. 49	12.475.000
			002	Aportes Afectados	4.802.000
		099		De Otras Entidades Públicas	572.000
		101		De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	136.000
06				Rentas de la Propiedad	115.000
	03			Intereses	115.000
07				Ingresos de Operacion	780.000
	01			Venta de Bienes	780.000
		001		Farmacia Vecina	780.000
08				Otros Ingresos Corrientes	400.530
	01			Recuperación y Reembolso por Licencias Médicas	329.000
	99			Otros	71.530
12				Recuperación de Prestamos	250.000
	10			Ingresos por percibir	250.000
15				Saldo Inicial de Caja	1.300.000

Código 215 GASTOS

SUB.	ITEM	ASIG	DENOMINACIÓN	PROYECTO PPTO. 2019 EXPRESADO M\$
			TOTAL DE GASTOS	20.830.530
21			Gastos en Personal	13.346.160
	01		Personal de Planta	8.713.000
	02		Personal a Contrata	3.248.160
	03		Otras Remuneraciones	1.385.000
22			Bienes y Servicios de Consumo	5.321.100
	01		Alimentos y Bebidas	26.000
	02		Textiles, Vestuario y Calzado	61.500
	03		Combustibles y Lubricantes	138.100
	04		Materiales de Uso o Consumo	3.472.000
	05		Servicios Básicos	387.500
	06		Mantenimiento y Reparaciones	292.150
	07		Publicidad y Difusión	26.000
	08		Servicios Generales	264.000
	09		Arriendos	105.150
	10		Servicio Financieros y de Seguros	50.000
	11		Servicio Técnicos y Profesionales	471.000
	12		Otros Gastos en Bienes y Servicio de Consumo	27.700
23			Prestaciones de Seguridad Social	1.200.000
	01	004	Desahucios e Indemnizaciones	1.200.000
24			Transferencias Corrientes	111.500
	01		Al Sector Privado	111.500
		008	Premios y Otros	16.500
		999	Otras	95.000
25			Integros al Fisco	2.100
	01		Impuestos	2.100
26			Otros Gastos Corrientes	2.600
	01		Devoluciones	2.600
29			Adquisición de Activos no Financieros	427.070
	03		Vehiculos	20.000

	04		Mobiliarios y Otros	40.000
	05		Maquinas y Equipos	319.570
	06		Equipos Informáticos	22.500
	07		Programa Informáticos	25.000
31			Iniciativas de Inversión	70.000
	02		Proyectos	70.000
		004	Obras Civiles	70.000
34			Servicios de la Deuda	350.000
	07		Deuda Flotante	350.000

PLAN ANUAL DE CAPACITACION

El Plan anual de Capacitación del Departamento de Salud, tiene como principal objetivo que sus funcionarios desarrollen habilidades duras y blandas, para cerrar brechas de conocimiento entre pares y brindar una atención de calidad técnica y de excelencia a nuestros usuarios.

El costo aproximado del plan de capacitación del año 2018 es de \$ 105.000.000 con un porcentaje de cumplimiento al corte de octubre de un 90% de las actividades programadas.

ACTIVIDADES DE CAPACITACION (NOMBRE DEL CURSO)	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL
	A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio- nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis- trativos Salud)	F (Auxiliares Servicios Salud)	
Diplomado en salud familiar	2	10					12
Bases Conceptuales de la salud familiar			10		10	10	30
Normativa Compras Publicas	4	20					24
Sensibilización en Modelo de Calidad en Salud	60	150	150	20	100	100	580
Acreditación de Calidad en Salud para APS	20	60					80
Taller de Coaching para el Liderazgo	1	5					6
Capacitación en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)		30					30
Cursos U Virtual MINSAL	60	150	150	20	100	100	580
Cursos de Urgencia en APS(ATLS; ACLS, PHTLS)	4	10					14
Taller de Reanimación cardiopulmonar básico y uso de ambulancia	20	20	20	5	20	20	105
Curso Esterilización y desinfección		10	20				30
Actualización en técnica de procedimientos y curaciones básica		20	20				40
Manejo de Enfermedades transmisibles y emergentes	10	20					30
Manejo de Residuos en Establecimientos de salud						20	20
Atención de pacientes difíciles y Manejo de Conflictos	10	20	20		40		90
Riesgos psicosociales en integrantes del equipo de salud	5	20					25
Taller de prevención y Manejo del Burnout	60	150	150	20	100	100	580

Manejo de Urgencia Dental en Atención Primaria de Salud	20		20				40
Actualizaciones en Infecciones de transmisión sexual	10	20					30
Actualizaciones en Ginecología		20					20
Actualizaciones en Programa IRA - ERA		20					20
Estatuto Administrativo- Ley 19378	60	150	150	20	100	100	580
Actualización en Salud Mental	10	20					30
Manejo y Conducción segura						15	15
Formación de monitores de pausas activas		20					20
Excel Nivel Básico	2	10	5		3		20
Excel Nivel Medio	2	10	5		3		20
Excel Nivel Avanzado	2	10	5		3		20
Gestión de Emergencias y Desastres	4	12	12		6	6	40

PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA

1. NORMALIZACIÓN CESFAM OVEJERIA

La Normalización y Ampliación del CESFAM Ovejería de acuerdo a las necesidades del Modelo de Salud Familiar, se realiza en la misma ubicación donde se encontraba el CESFAM antiguo, se encuentra en su etapa final de ejecución de obra y contempla la ampliación del establecimiento en 1.204,5 m² de superficie útil, además de la remodelación de las antiguas infraestructura del CESFAM en 413.m², además de 112,5 m² correspondientes a muros, circulaciones y patios cubiertos, esperándose al final de la obra contar con un CESFAM de 1.618 m². La inversión total es financiada mediante \$ 3.085.681.936 millones del FNDR y \$142. 478.936 millones del DESMO

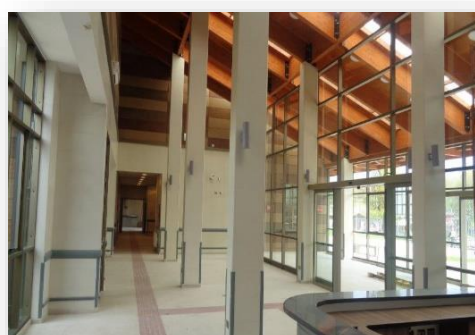
En la actualidad la obra, se encuentra en proceso de recepción, estimándose la recepción final para inicios del 2019



Frontis CESFAM OVEJERÍA



Hall central de nuevo CESFAM Ovejería



Hall central nuevo CESFAM



**Patio interior
nuevo CESFAM Ovejería**

2. DROGUERIA DEPARTAMENTO DE SALUD OSORNO

Así mismo, y como parte del proyecto del CESFAM Ovejería, en el mismo terreno pero en forma independiente al CESFAM, se ejecutó la construcción 271m² destinados a albergar el funcionamiento de la Droguería dependiente del Departamento de Salud. Lo anterior, se hizo necesario en virtud del ORD. N°244 del 8 de Enero 2018 de CENABAST, el cual exige la Resolución Sanitaria para este tipo de establecimiento, como condicionante para poder mantener el normal abastecimiento de farmacos a la APS de Osorno.



Droguería Departamento de Salud Osorno

3. CESFAM CHUYACA Y SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)

El día 26 de abril 2018 con la entrega formal del terreno municipal ubicado en avenida 18 de Septiembre 654, se da por iniciada la ejecución del proyecto “CESFAM Chuyaca y servicio de atención primaria de urgencia de alta resolutiveidad (SAR)”, por parte de la empresa INGETAL Ingeniería y Construcción SA.

Esta iniciativa que fue desarrollada en forma conjunta ente el Departamento de Salud y el Servicio de Salud de Osorno, contempla la edificación de un CESFAM para 20.000 habitantes, según PMA 2015, con una superficie total de 2.992 m² aproximadamente distribuidos en 2 niveles, siendo 600 metros destinados exclusivamente

para el funcionamiento del SAR que atendería desde las 08:00 a 24:00, el cual de manera innovadora estará equipado con un equipo de rayos osteopulmonar y laboratorio de urgencia, lo que sin duda permitirá aumentar la resolutivez y brindar una mejor atención a nuestros usuarios.

El monto total de la inversión , alcanza los \$ 5.399.- millones , provenientes íntegramente desde el Ministerio de Salud y se espera que se encuentre ejecutada en su totalidad en el segundo semestre del año 2019.



Fachada CESFAM CHUYACA Av. 18 de Septiembre



Fachada SAR CHUYACA Av. 18 de Septiembre



Patio Interior CESFAM CHUYACA



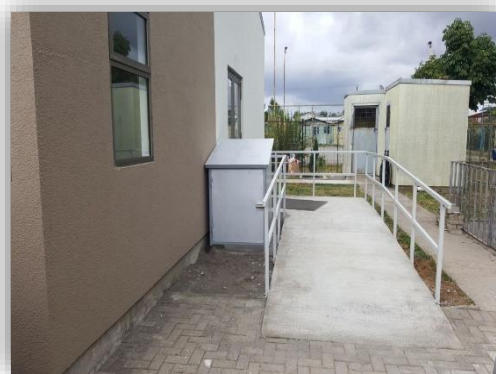
Sala Espera de sector CESFAM CHUYACA

4. NORMALIZACIÓN DE CECOSF COMUNA OSORNO (Construcción Box dental)

La normalización de estos CECOSF, mediante la construcción de dos boxes dentales de 16m2 con aportes del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, consideró una inversión de m\$ 111.- millones distribuyéndose en un

50% para ejecución de obras y un 50% para equipos y equipamientos mientras que los costos de operación y mantención estarán a cargo del Departamento de Salud de Osorno

Las obras civiles de este proyecto se encuentran terminadas y con recepción final, al igual que la mayoría de los equipos y equipamiento, quedando pendiente sólo la adquisición de los sillones dentales, los que se encuentran en proceso de licitación. Una vez terminado el proceso anterior deberá obtenerse la autorización sanitaria, estimandose su inicio de funcionamiento para febrero 2019.



BOX DENTAL CECOSF Manuel Rodríguez y Murrinumo

5. CESFAM

RAHUE ALTO

Respecto a este proyecto , cabe recordar que si bien a inicios del año 2018 se contaba con un proyecto rateado por MIDESO y emplazado en el mismo lugar donde actualmente funciona el CESFAM Rahue Alto, debido al alto costo que conllevaría el plan de contingencia destinado a mantener operativo tal establecimiento y principalmente al otorgamiento de un terreno municipal de de 5.979 metros² ubicado distante de 900 metros del actual CESFAM; se optó a inicios del año 2018 reemplazar el proyecto original por una iniciativa destinada a construir un nuevo CESFAM para 30.000 personas junto con un Servicio de Urgencia de alta Resolutividad, en este nuevo terreno cedido por la Ilustre Municipalidad de Osorno que se muestra a continuación.



Foto área: se destaca terreno destinado para la futura construcción de CESFAM Rahue Alto.

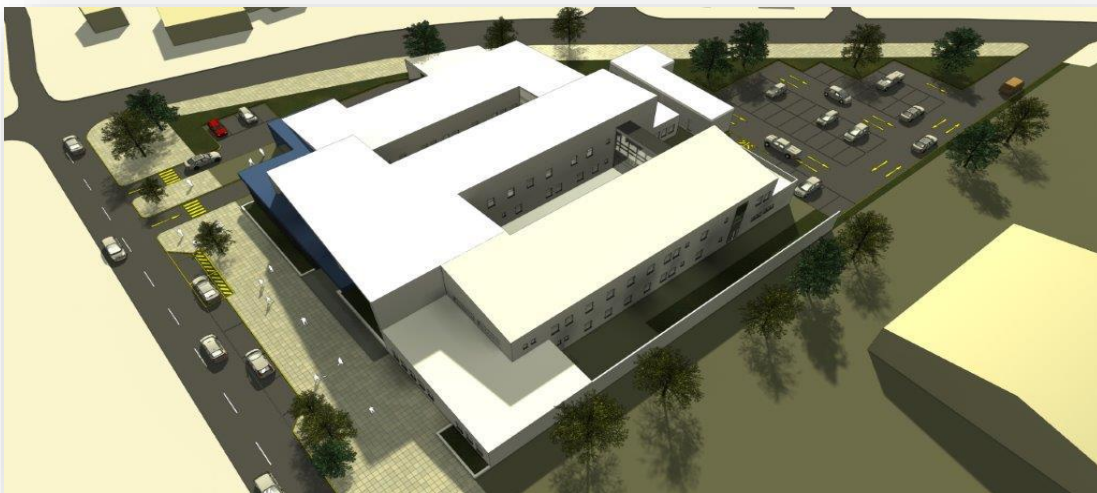
Sin embargo y si bien la ejecución del actual proyecto en desarrollo; posee financiamiento de GORE para realizar su ejecución (por arrastre del proyecto original), carecía de financiamiento para su diseño, por lo cual en forma conjunta el Departamento de Salud y el SSO, lograron obtener por parte del MINSAL el financiamiento del desarrollo diseño del proyecto durante junio de este año. Actualmente, el desarrollo del diseño de este proyecto se encuentra adjudicado y en trámites de firma de contrato con consultora adjudicada, Elizabeth Koch Picó EIRL a quien se le entregará anteproyecto de diseño a desarrollar.



Frontis futuro CESFAM y SAR Rahue Alto



Frontis de futuro SAR Rahue Alto(en azul)

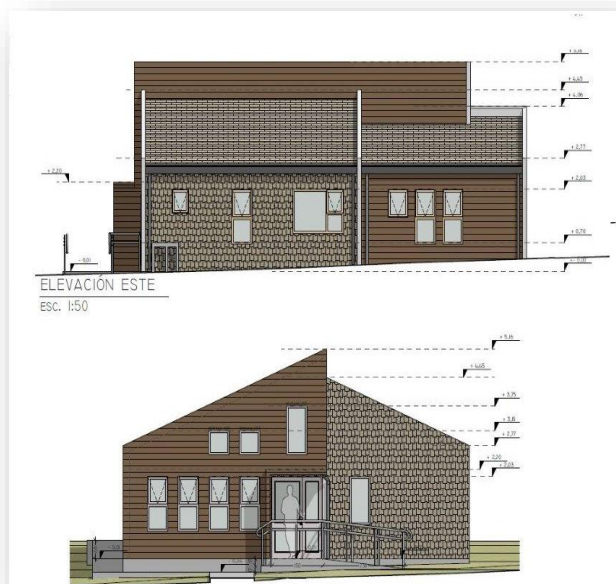


área de futuro CESFAM y SAR Rahue Alto

Vista

6. ESTACIÓN MÉDICO RURAL PELLECO

La Estación Médico Rural Pelleco, se emplazará en una fracción del terreno municipal donde funciona la Escuela Mixta Rural Pelleco; localización que ofrece la ventaja de contar con locomoción directa, luz eléctrica y comité de agua funcionando y encontrarse en acceso principal del sector con pavimento asfáltico en un 100 % . Actualmente se encuentra en trámites para obtener permiso de edificación

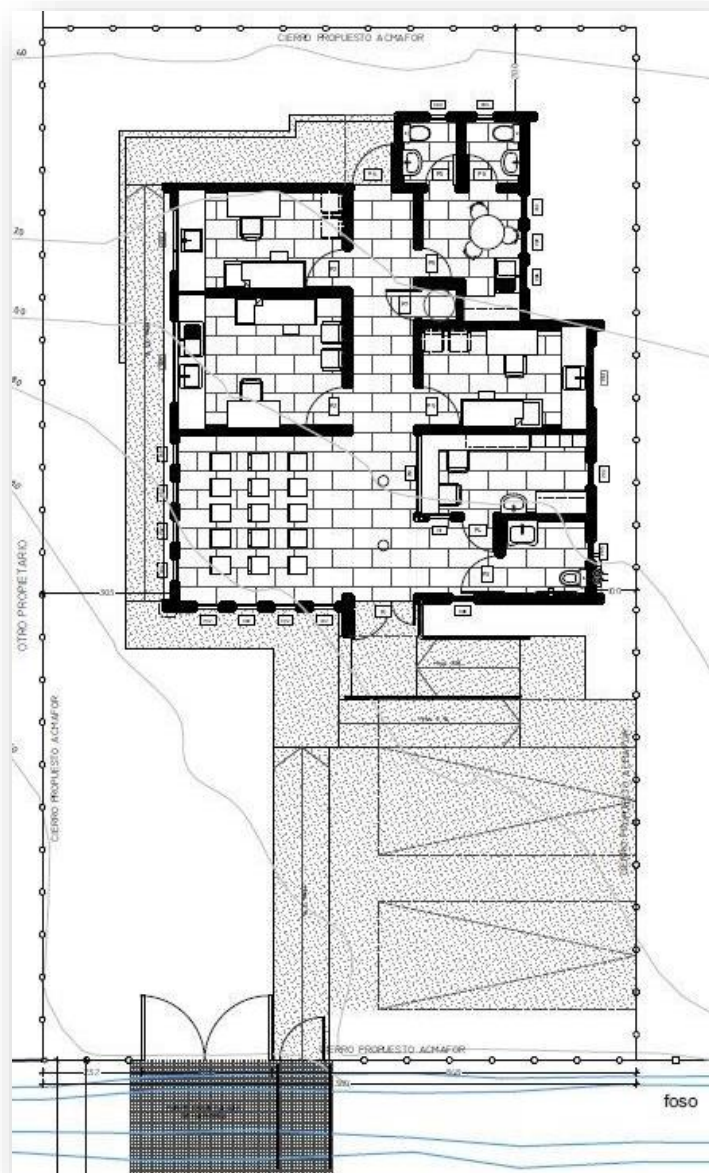


Frontis y fachada Este de Estación Médico Rural Pelleco



Fachada Oeste y Norte (posterior) de Estación Médico Rural Pelleco

Poseerá una superficie estimada de 100 m2 aprox, generando el siguiente programa médico arquitectónico: una Sala de espera, 2 Box de atención, 1 Box procedimiento -vacuna, botiquín PNAC, Sala de aseo, Baño público universal y Baño de personal.



Planta Estación médico Rural Pelleco

7. NUEVA FARMACIA COMUNAL

Tomando en consideración lo anterior el benéfica y éxito de la farmacia municipal en Osorno y por disposición de la máxima autoridad Municipal, SECPLAN y Departamento de Salud trabajaron en conjunto en el Proyecto de la Nueva farmacia Vecina, que se ubicará en calle Mackenna N° 1241 la cual contará con una infraestructura de 172.51 m2 distribuidos en dos 2 pisos. Actualmente este proyecto se encuentra en etapa de ejecución de obra, esperándose iniciar funciones el primer trimestre del año 2019.



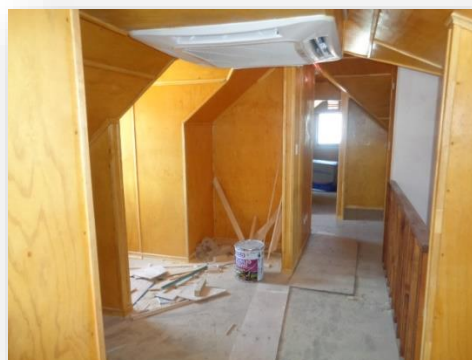
Frontis Nueva Farmacia Vecina, calle Mackenna



Frontis Nueva Farmacia Vecina, por calle Nueva Mackenna



Primer piso interior de Nueva Farmacia Vecina



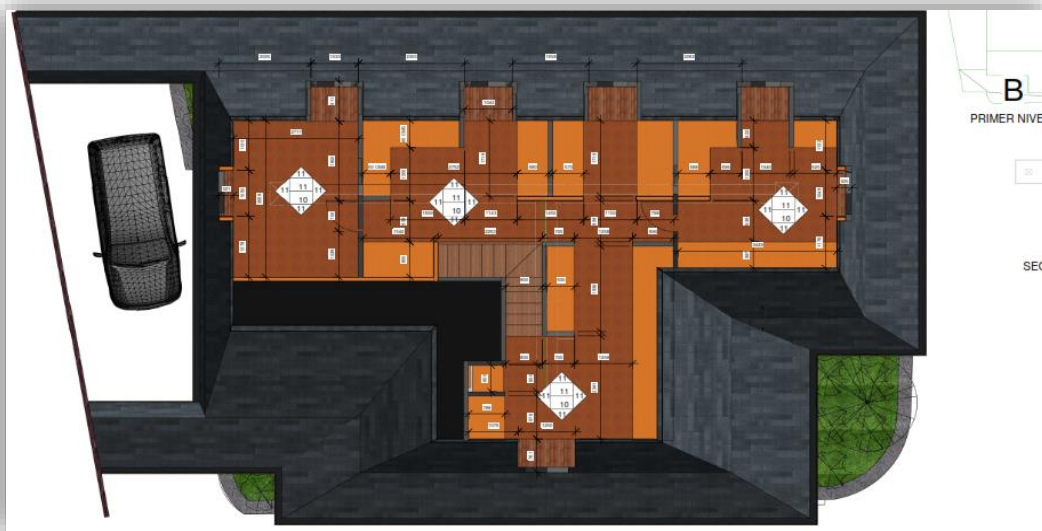
Segundo piso interior Nueva Farmacia Vecina

Programa Arquitectónico Nueva Farmacia Vecina

- Planta esquemática del Primer Nivel



- Planta esquemática del Segundo Nivel



8. REPOSICIÓN CESFAM Y SAPU PEDRO JAUREGUI

Este CESFAM construido el 18 de mayo 1994, bajo el modelo de Consultorio General Urbano, se

